



Schwesternschaft München
vom Bayerischen Roten Kreuz e.V.

ROTKREUZKLINIKUM
MÜNCHEN

ROTKREUZKLINIKUM MÜNCHEN

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2017



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-0 Fachabteilungen	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-13 Besondere apparative Ausstattung	25
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	26
B-[1] Innere Med. I - Kardiologie und Pneumologie	27
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	27
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	27
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	27
B-[1].1.3 Weitere Zugänge	27
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	27
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	27
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	29

B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	29
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	29
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	30
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	30
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	31
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	33
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	33
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	33
B-[1].11	Personelle Ausstattung	33
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	34
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	34
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	34
B-[1].11.2	Pflegepersonal	34
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	36
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	36
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	36
B-[2]	Innere Med. II - Gastroenterologie	37
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	37
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	37
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	37
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	37
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	37
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	38
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	38
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	38
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	39

B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	39
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	41
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	42
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	42
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	43
B-[2].11	Personelle Ausstattung	43
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	43
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	43
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	43
B-[2].11.2	Pflegepersonal	44
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	44
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	45
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	45
B-[3]	Innere Med. III - Hämatologie und Onkologie	46
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	46
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	46
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	46
B-[3].1.3	Weitere Zugänge	46
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	47
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	47
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	48
B-[3].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	48
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	49
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	51

B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	51
B-[3].11	Personelle Ausstattung	51
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	51
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	52
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	52
B-[3].11.2	Pflegepersonal	52
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	53
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	53
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	53
B-[4]	Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Minimalinvasive Chirurgie	54
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	54
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	54
B-[4].1.3	Weitere Zugänge	54
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	54
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	54
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	56
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	57
B-[4].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	57
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	58
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	60
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	60
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	60
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	61
B-[4].11	Personelle Ausstattung	61

B-[4].11.1Ärzte und Ärztinnen	61
B-[4].11.1Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	61
B-[4].11.1Zusatzweiterbildung	62
B-[4].11.2Pflegepersonal	62
B-[4].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	63
B-[4].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	63
B-[4].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	63
B-[5] Gefäßchirurgie	64
B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel	64
B-[5].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	64
B-[5].1.3 Weitere Zugänge	64
B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	64
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	64
B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	65
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD	65
B-[5].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	66
B-[5].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	66
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	68
B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	69
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	70
B-[5].11 Personelle Ausstattung	70
B-[5].11.1Ärzte und Ärztinnen	70
B-[5].11.1Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	70
B-[5].11.1Zusatzweiterbildung	71

B-[5].11.2Pflegepersonal	71
B-[5].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	72
B-[5].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	72
B-[5].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	72
B-[6] Akutgeriatrie	73
B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel	73
B-[6].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	73
B-[6].1.3 Weitere Zugänge	73
B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	73
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	73
B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	74
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD	74
B-[6].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	75
B-[6].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	75
B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	76
B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	77
B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-[6].11 Personelle Ausstattung	78
B-[6].11.1Ärzte und Ärztinnen	78
B-[6].11.1Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	79
B-[6].11.1Zusatzweiterbildung	79
B-[6].11.2Pflegepersonal	79
B-[6].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	80
B-[6].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	80

B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	80
B-[7]	Anästhesiologie und Intensivmedizin	81
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	81
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	81
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	81
B-[7].1.3	Weitere Zugänge	81
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	81
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	81
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	82
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	82
B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	82
B-[7].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	82
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	83
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	83
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	83
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	83
B-[7].11	Personelle Ausstattung	83
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	83
B-[7].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	84
B-[7].11.1	Zusatzweiterbildung	84
B-[7].11.2	Pflegepersonal	84
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	86
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	86
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	87
B-[8]	Unfallchirurgie und Orthopädie	89

B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	89
B-[8].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	89
B-[8].1.3	Weitere Zugänge	89
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	89
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	89
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	90
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	91
B-[8].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	92
B-[8].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	92
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	94
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	95
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	95
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-[8].11	Personelle Ausstattung	96
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	96
B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	96
B-[8].11.1	Zusatzweiterbildung	96
B-[8].11.2	Pflegepersonal	96
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	98
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	98
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	98
B-[9]	Zentrale Notaufnahme	99
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	99
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel	99

B-[9].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	99
B-[9].1.3	Weitere Zugänge	99
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	99
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	99
B-[9].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	100
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	100
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD	100
B-[9].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	101
B-[9].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	101
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	102
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	104
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	104
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	104
B-[9].11	Personelle Ausstattung	104
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen	104
B-[9].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	105
B-[9].11.1	Zusatzweiterbildung	105
B-[9].11.2	Pflegepersonal	105
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	106
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	106
B-[9].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	106
B-[10]	Belegabteilung Urologie	108
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	108
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel	108
B-[10].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	108
B-[10].1.3	Weitere Zugänge	108
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	109

B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	109
B-[10].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	110
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	110
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD	110
B-[10].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	111
B-[10].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	111
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	112
B-[10].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	113
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	114
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	114
B-[10].11	Personelle Ausstattung	114
B-[10].11.1	Ärzte und Ärztinnen	114
B-[10].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	114
B-[10].11.1	Zusatzweiterbildung	115
B-[10].11.1	Pflegepersonal	115
B-[10].11.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	115
B-[10].11.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	115
B-[10].11.1	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	115
B-[11]	Belegabteilung Augenheilkunde	117
B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	117
B-[11].1.1	Fachabteilungsschlüssel	117
B-[11].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	117
B-[11].1.3	Weitere Zugänge	117
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	117
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	117
B-[11].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	118

B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	118
B-[11].6	Hauptdiagnosen nach ICD	118
B-[11].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	119
B-[11].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	119
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	120
B-[11].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	122
B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	122
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	122
B-[11].11	Personelle Ausstattung	122
B-[11].11.1	Ärzte und Ärztinnen	123
B-[11].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	123
B-[11].11.3	Zusatzweiterbildung	123
B-[11].11.4	Pflegepersonal	123
B-[11].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	123
B-[11].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	123
B-[11].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	123
B-[12]	Belegabteilung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	125
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	125
B-[12].1.1	Fachabteilungsschlüssel	125
B-[12].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	125
B-[12].1.3	Weitere Zugänge	125
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	125
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	125
B-[12].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	126
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	126
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD	126
B-[12].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	127

B-[12].6.2ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	127
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	127
B-[12].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	128
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	128
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	128
B-[12].11 Personelle Ausstattung	129
B-[12].11.Ärzte und Ärztinnen	129
B-[12].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	129
B-[12].11.Zusatzweiterbildung	129
B-[12].11.Pflegepersonal	129
B-[12].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	130
B-[12].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	130
B-[12].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	130
B-[13] Belegabteilung Hämatonkologie	131
B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	131
B-[13].1.1Fachabteilungsschlüssel	131
B-[13].1.2Name des Chefarztes oder der Chefärztin	131
B-[13].1.3Weitere Zugänge	131
B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	131
B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	131
B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	132
B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	132
B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD	132
B-[13].6.1ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	132
B-[13].6.2ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	132
B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	133
B-[13].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	133

B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	133
B-[13].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	134
B-[13].11	Personelle Ausstattung	134
B-[13].11.1	Ärzte und Ärztinnen	134
B-[13].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	134
B-[13].11.3	Zusatzweiterbildung	134
B-[13].11.4	Pflegepersonal	134
B-[13].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	134
B-[13].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	135
B-[13].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	135
B-[14]	Belegabteilung Innere Medizin Schlaflabor	136
B-[14].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	136
B-[14].1.1	Fachabteilungsschlüssel	136
B-[14].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	136
B-[14].1.3	Weitere Zugänge	136
B-[14].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	136
B-[14].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	136
B-[14].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	137
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	137
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD	137
B-[14].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	137
B-[14].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	137
B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	137
B-[14].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	137
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	138
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	138
B-[14].11	Personelle Ausstattung	138

B-[14].11.Ärzte und Ärztinnen	138
B-[14].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	138
B-[14].11.Zusatzweiterbildung	138
B-[14].11.Pflegepersonal	138
B-[14].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	139
B-[14].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	139
B-[14].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	139
B-[15] Gynäkologie (Abt. Senologie, Abt. Allg. Gyn. und Urogynäkologie, Abt. Gyn. Onkologie und Minimalinvasive Chirurgie)	140
B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	140
B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel	140
B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	140
B-[15].1.3 Weitere Zugänge	141
B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	141
B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	141
B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	142
B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	142
B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD	142
B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	143
B-[15].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	143
B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	144
B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	146
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	146
B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	147
B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	147
B-[15].11 Personelle Ausstattung	147
B-[15].11.11.Ärzte und Ärztinnen	147

B-[15].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	148
B-[15].11.Zusatzweiterbildung	148
B-[15].11.Pflegepersonal	148
B-[15].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	149
B-[15].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	149
B-[15].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	150
B-[16] Geburtshilfe	151
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	151
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel	151
B-[16].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	151
B-[16].1.3 Weitere Zugänge	151
B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	151
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	151
B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	152
B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	152
B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD	152
B-[16].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	153
B-[16].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	154
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	155
B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	156
B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	157
B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	157
B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	157
B-[16].11 Personelle Ausstattung	157
B-[16].11.Ärzte und Ärztinnen	157
B-[16].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	158
B-[16].11.Zusatzweiterbildung	158

B-[16].11..Pflegepersonal	158
B-[16].11..Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	159
B-[16].11..Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	159
B-[16].11..Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	160
B-[17] Neonatologie (Neugeborenen-Intensiv)	161
B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	161
B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel	161
B-[17].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	161
B-[17].1.3 Weitere Zugänge	161
B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	161
B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	161
B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	162
B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	162
B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD	162
B-[17].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	163
B-[17].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	163
B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	165
B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	166
B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	166
B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	167
B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	167
B-[17].11 Personelle Ausstattung	167
B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen	167
B-[17].11.2 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	167
B-[17].11.3 Zusatzweiterbildung	167
B-[17].11.4 Pflegepersonal	168

B-[17].11..Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	168
B-[17].11..Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	169
B-[17].11..Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	169
B-[18] Plastische und Ästhetische Chirurgie	170
B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	170
B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel	170
B-[18].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	170
B-[18].1.3 Weitere Zugänge	170
B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	170
B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	170
B-[18].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	171
B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	171
B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD	171
B-[18].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	172
B-[18].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	172
B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	174
B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	175
B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	175
B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	176
B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	176
B-[18].11 Personelle Ausstattung	176
B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen	176
B-[18].11.2 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	176
B-[18].11.3 Zusatzweiterbildung	176
B-[18].11.4 Pflegepersonal	177
B-[18].11.5 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	177

B-[18].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	177
B-[18].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	178
B-[19] Diagnostische Radiologie	179
B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	179
B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel	179
B-[19].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	179
B-[19].1.3 Weitere Zugänge	179
B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	179
B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	179
B-[19].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	180
B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	180
B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD	180
B-[19].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	180
B-[19].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	180
B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	180
B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	180
B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	181
B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	181
B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	181
B-[19].11 Personelle Ausstattung	181
B-[19].11.1 Ärzte und Ärztinnen	181
B-[19].11.2 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	182
B-[19].11.3 Zusatzweiterbildung	182
B-[19].11.4 Pflegepersonal	182
B-[19].11.5 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	182
B-[19].11.6 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	183

B-[19].11.	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	183
B-[20]	Pränatalmedizin	184
B-[20].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	184
B-[20].1.1	Fachabteilungsschlüssel	184
B-[20].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	184
B-[20].1.3	Weitere Zugänge	184
B-[20].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	184
B-[20].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	184
B-[20].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	185
B-[20].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	185
B-[20].6	Hauptdiagnosen nach ICD	185
B-[20].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	186
B-[20].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	186
B-[20].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	188
B-[20].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	189
B-[20].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	189
B-[20].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	189
B-[20].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	190
B-[20].11	Personelle Ausstattung	190
B-[20].11.	Ärzte und Ärztinnen	190
B-[20].11.	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	190
B-[20].11.	Zusatzweiterbildung	190
B-[20].11.	Pflegepersonal	191
B-[20].11.	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	191
B-[20].11.	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	191
B-[20].11.	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	192

B-[21]	Belegabteilung Gynäkologie	193
B-[21].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	193
B-[21].1.1	Fachabteilungsschlüssel	193
B-[21].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	193
B-[21].1.3	Weitere Zugänge	193
B-[21].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	194
B-[21].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	194
B-[21].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	194
B-[21].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	194
B-[21].6	Hauptdiagnosen nach ICD	194
B-[21].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	195
B-[21].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	195
B-[21].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	197
B-[21].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	198
B-[21].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	198
B-[21].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	198
B-[21].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	199
B-[21].11	Personelle Ausstattung	199
B-[21].11.1	Ärzte und Ärztinnen	199
B-[21].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	199
B-[21].11.3	Zusatzweiterbildung	199
B-[21].11.4	Pflegepersonal	199
B-[21].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	201
B-[21].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	201
B-[21].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	201
C	Qualitätssicherung	202

C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	202
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	300
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	301
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	301
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	301
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	301
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	302



Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen unseren Qualitätsbericht 2017 vorzustellen, zu dessen Veröffentlichung wir nach § 136b Sozialgesetzbuch verpflichtet sind. Mit diesem Bericht möchten wir Ihnen einen Überblick über unser Leistungsspektrum geben, das wir unseren Patienten auf höchstem Niveau anbieten.

Das Rotkreuzklinikum München der Schwesternschaft München vom BRK e.V. ist mit seinen zwei Standorten in zentraler Lage ein Haus der Schwerpunktversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der TU München. Es verfügt insgesamt über 435 akutstationäre Betten.

Am Standort Nymphenburger Straße befinden sich die Abteilungen Akutgeriatrie, Anästhesie und Intensivmedizin, Augenheilkunde, Allgemein-, Viszeral-, Thorax und Minimalinvasive Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Gastroenterologie, Kardiologie und Pneumologie, Hämatologie und Onkologie, Notfallzentrum mit Präklinik, Unfallchirurgie und Orthopädie, Urologie sowie eine Geriatrie Rehabilitationen mit 20 Betten. Die Frauenklinik an der Taxisstraße ist Bayerns geburtenstärkste Frauenklinik und hält die Hauptabteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe mit Neugeborenen-Intensivpflege, Interdisziplinäres Brustzentrum und Gynäkologisches Krebszentrum, diagnostische Radiologie, Pränatal-Medizin und Plastische Chirurgie vor.

Wir lassen uns regelmäßig von externen Fachexperten überprüfen und sind in folgenden Bereichen erfolgreich zertifiziert:

- Allgemein-, Viszeral-, Thorax und Minimalinvasive Chirurgie, Gastroenterologie mit Endoskopie, Gefäßchirurgie, Hämatologie und Onkologie, Notfallzentrum und interdisziplinäre Aufnahmestation, OP und Anästhesie nach DIN EN ISO
- Interdisziplinäres Brustzentrum und Gynäkologisches Krebszentrum nach DIN EN ISO und OnkoZert
- Chest-Pain-Unit nach DGK
- Lokales Traumazentrum nach den Richtlinien der DGU
- Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie nach DGAV
- Kompetenzzentrum für Minimalinvasive Chirurgie nach DGAV

Als Einrichtung der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz steht bei uns der Mensch im Mittelpunkt und wird neben der Spitzenmedizin durch eine ausgezeichnete Pflege umsorgt. Die menschliche Betreuung unserer Patienten und ihren Angehörigen ist uns besonders wichtig und Leitlinie aller unserer Mitarbeiter. Unser Ziel ist es, durch unsere fürsorgliche Zuwendung zur Gesundheit und zum Wohlbefinden unserer Patienten beizutragen.

Wir wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Thomas Pfeifer
Geschäftsführer

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Thomas Pfeifer, Geschäftsführer
Telefon:	089 1303 1601
Fax:	
E-Mail:	geschaeftsfuehrung@swmbrk.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Karin Bernecker, Barbara Toenges, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	089 1303 1622
Fax:	
E-Mail:	Karin.Bernecker@swmbrk.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.kliniken-schwesterenschaft-muenchen.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0300	Innere Med. I - Kardiologie und Pneumologie
2	Hauptabteilung	0700	Innere Med. II - Gastroenterologie
3	Hauptabteilung	0500	Innere Med. III - Hämatologie und Onkologie
4	Hauptabteilung	1500	Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Minimalinvasive Chirurgie
5	Hauptabteilung	1800	Gefäßchirurgie
6	Hauptabteilung	0200	Akutgeriatrie
7	Nicht-Bettenführend	3700	Anästhesiologie und Intensivmedizin
8	Gemischte Haupt- und Belegabteilung	2300	Unfallchirurgie und Orthopädie
9	Hauptabteilung	3790	Zentrale Notaufnahme
10	Belegabteilung	2200	Belegabteilung Urologie
11	Belegabteilung	2700	Belegabteilung Augenheilkunde
12	Belegabteilung	2600	Belegabteilung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
13	Belegabteilung	0105	Belegabteilung Hämatoonkologie
14	Belegabteilung	0190	Belegabteilung Innere Medizin Schlaflabor
15	Hauptabteilung	2425	Gynäkologie (Abt. Senologie, Abt. Allg. Gyn. und Urogynäkologie, Abt. Gyn. Onkologie und Minimalinvasive Chirurgie)
16	Hauptabteilung	2500	Geburtshilfe
17	Hauptabteilung	1200	Neonatalogie (Neugeborenen-Intensiv)
18	Hauptabteilung	1900	Plastische und Ästhetische Chirurgie
19	Nicht-Bettenführend	3751	Diagnostische Radiologie
20	Belegabteilung	2591	Pränatalmedizin
21	Belegabteilung	2490	Belegabteilung Gynäkologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Rotkreuzklinikum München gGmbH
PLZ:	80634
Ort:	München
Straße:	Nymphenburger Straße

Hausnummer:	163
IK-Nummer:	260914492
Standort-Nummer:	99
Krankenhaus-URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Rotkreuzklinikum München
PLZ:	80634
Ort:	München
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
IK-Nummer:	260914492
Standort-Nummer:	1
E-Mail:	
Standort-URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

Standort-Name:	Rotkreuzklinikum München - Frauenklinik
PLZ:	80637
Ort:	München
Straße:	Taxisstraße
Hausnummer:	3
IK-Nummer:	260914492
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	
Standort-URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Tanja Groh, Krankenhausdirektorin
Telefon:	089 1303 1701
Fax:	
E-Mail:	Tanja.Groh@swmbrk.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. Thomas Beier, Ärztlicher Direktor
Telefon:	089 1303 2502
Fax:	
E-Mail:	Thomas.Beier@swmbrk.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Tanja Groh, Krankenhausdirektorin
Telefon:	089 1303 1701
Fax:	
E-Mail:	Tanja.Groh@swmbrk.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Rotkreuzklinikum München - Frauenklinik
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Tanja Groh, Krankenhausdirektorin
Telefon:	089 1303 1701
Fax:	
E-Mail:	Tanja.Groh@swmbrk.de

Standort:	Rotkreuzklinikum München
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Tanja Groh, Krankenhausdirektorin
Telefon:	089 1303 1701
Fax:	
E-Mail:	Tanja.Groh@swmbrk.de

Standort:	Rotkreuzklinikum München - Frauenklinik
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Beier, Ärztlicher Direktor
Telefon:	089 1303 2502
Fax:	
E-Mail:	Thomas.Beier@swmbrk.de

Standort:	Rotkreuzklinikum München
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Beier, Ärztlicher Direktor
Telefon:	089 1303 2502
Fax:	
E-Mail:	Thomas.Beier@swmbrk.de

Standort:	Rotkreuzklinikum München - Frauenklinik
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Tanja Groh, Krankenhausdirektorin
Telefon:	089 1303 1701

Fax:	
E-Mail:	Tanja.Groh@swmbrk.de

Standort:	Rotkreuzklinikum München
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Tanja Groh, Krankenhausdirektorin
Telefon:	089 1303 1701
Fax:	
E-Mail:	Tanja.Groh@swmbrk.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V.
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1	Technische Universität München
---	--------------------------------

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
--	------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Akupunktur
2	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <i>Im Rahmen des "Elternzentrums Taxisstraße" bieten wir Geburtsvorbereitung, Rückbildung mit Aqua-fit, schwanger und aktiv mit Pilates, Yoga in der Schwangerschaft, Beckenbodentraining uvm.</i>
3	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Beratungsgespräche zur Prävention und Gesundheitsförderung</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

4	Säuglingspflegekurse <i>Säuglingspflegekurse im Rahmen des "Elternzentrums Taxisstraße"</i>
5	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen <i>Wassergeburt, Homöopathie, Aromatherapie, Reflexzonenmassage im Kreißaal. Umfassendes Kursangebot durch das "Elternzentrum Taxisstraße"</i>
6	Stillberatung <i>Regelmäßige Beratungsrunden durch Stillberater, Pflegepersonal berät im Rahmen der allgemeinen pflegerischen Versorgung. Stilltreffs für Interessierte bietet das Elternzentrum an.</i>
7	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik <i>Rückbildungsgymnastik während des stationären Aufenthaltes möglich. Umfassendes Programm des "Elternzentrums Taxisstraße"</i>
8	Aromapflege/-therapie <i>Anwendung ätherischer Öle im Rahmen der Aromapflege und der physikalischen Medizin zur Erweiterung der ganzheitlichen Pflege, z. B. bei Massagen, Wickel und Auflagen sowie im Rahmen der Sterbebegleitung</i>
9	Audiometrie/Hördiagnostik <i>In den ersten Lebensstagen wird bei den Säuglingen routinemäßig ein Hörtest durchgeführt.</i>
10	Redressionstherapie
11	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>"Verwaiste Eltern" haben die Möglichkeit zweimal im Jahr an einer Trauerfeier für die verstorbenen Kinder teilzunehmen. Zusätzlich gibt es eine speziell erarbeitete Informationsbroschüre.</i>
12	Akupressur
13	Atemgymnastik/-therapie
14	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Der Sozialdienst berät über alle Möglichkeiten der poststationären häuslichen oder einrichtungsgebundenen Versorgung.</i>
15	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>Behandlung neurologischer Bewegungsstörungen bei Erwachsenen</i>
16	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
17	Basale Stimulation
18	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Palliative Betreuung am Lebensende anhand des Liverpool Care Pathway</i>
19	Diät- und Ernährungsberatung
20	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
21	Ergotherapie/Arbeitstherapie
22	Fußreflexzonenmassage
23	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
24	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
25	Kinästhetik
26	Manuelle Lymphdrainage

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
27	Medizinische Fußpflege <i>auf Wunsch von Extern</i>
28	Massage
29	Musiktherapie <i>in der Hämatologie und Onkologie</i>
30	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Psycho-Onkologie</i>
31	Pädagogisches Leistungsangebot <i>Patientenschulung, z.B. Diabetesberatung, Ernährungsberatung</i>
32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten</i>
33	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Mit der Reihe "Info-Treff Gesundheit" bieten wir Interessierten zwei mal im Monat kostenlose Informationsveranstaltungen zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit.</i>
34	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>In Kooperation mit niedergelassenen Logopäden</i>
35	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Onkologische Pflegeberatung, Weitergebildete Wundmanagement- und Stomatherapeuten</i>
36	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Speziell ausgebildetes Pflegepersonal, wie z.B. fachweitergebildetes Intensiv-, Anästhesie- und OP-Personal, Pain-Nurse, Onkologische Pflege und Onko-Nurse, Wundmanager, Stomatherapeut</i>
37	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Als Bestandteil der Physiotherapie</i>
38	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Diabetesberaterin DDG: Schulungen und Einzelberatung</i>
39	Stomatherapie/-beratung
40	Schmerztherapie/-management <i>24h Schmerzdienst</i>
41	Sozialdienst
42	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
43	Wundmanagement
44	Wärme- und Kälteanwendungen
45	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/ Tagespflege <i>Die Beratung und Vermittlung erfolgt durch den Sozialdienst.</i>
46	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 1,2 € Max. Kosten pro Tag: 10 €</i> <i>Es stehen geringfügig kostenpflichtige Tiefgaragenparkplätze an der Nymphenburger Straße zur Verfügung. (Erste halbe Stunde gratis)</i>
2	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 1,5 €</i> <i>über das Multimedial - Terminal, WLAN oder eigenem Laptop mittels LAN-Kabel</i>
3	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
4	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: z.B. Kost für Moslems</i>
5	Hotelleistungen <i>Wahlleistung: Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer mit Telefon, Fernsehen und Internet, Tageszeitung, besonderes Speisenangebot, Handtücher, Bademantel, Kosmetikartikel</i>
6	Rooming-in
7	Andachtsraum
8	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
9	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Vortragsreihe "Infotreff Gesundheit" für interessierte Bürgerinnen und Bürger jeden 2. Montag im Monat</i>
10	Seelsorge <i>Mitglieder beider Konfessionen stehen Ihnen gerne für Gespräche und Seelsorge zur Verfügung.</i>
11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
12	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>Nicht in allen Zimmern</i>
13	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Gegen Entgelt</i>
14	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,1 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>FLAT - Tarif für deutsches Fest- und Mobilfunknetz - 2,50 Euro</i>
15	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>begrenzte Anzahl</i>
16	Mutter-Kind-Zimmer
17	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
18	Abschiedsraum
19	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 3 €</i>
	<i>inklusive SKY, über das Multimedial - Terminal</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
2	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
3	Diätetische Angebote
4	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
5	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
	<i>bis 180 kg KG regelhaft vorhanden</i>
6	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
7	Dolmetscherdienst
8	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin
	<i>Zusammenarbeit mit Gebärdendolmetschern des Gehörlosenverbands München und Umland e.V.</i>
9	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
10	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
	<i>PD Dr. med. M. Pölcher und Prof. Dr. med. M. Braun übernehmen im Rahmen ihres Lehrauftrages an der Fakultät für Medizin der TU München Vorlesungen, Praktika und Staatsexamensprüfungen</i>
2	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
	<i>Aktuelles Studienangebot unter https://rotkreuzklinikum-muenchen.de/medizin-und-pflege/onkologisches-zentrum/studienzentrale/</i>
3	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
	<i>Aktuelles Studienangebot unter https://rotkreuzklinikum-muenchen.de/medizin-und-pflege/onkologisches-zentrum/studienzentrale/</i>
4	Doktorandenbetreuung
	<i>Prof. Dr. med. Michael Braun, PD Dr. med. Martin Pölcher</i>
5	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN

Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München

6 Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten

Gemeinsame Biobank mit der TU München, gemeinsame Projekte mit der Klinik für Strahlentherapie der TU München, sowie mit dem Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Frauenklinik TU München, Mitglied des Tumorzentrums München

7 Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien

Aktuelles Studienangebot unter <https://rotkreuzklinikum-muenchen.de/medizin-und-pflege/onkologisches-zentrum/studienzentrale/>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN

1 Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin

Berufsfachschule für Krankenpflege der Schwesternschaft München vom BRK e.V.

2 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

Berufsfachschule für Kinderkrankenpflege der Schwesternschaft München vom BRK e.V.

3 Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

Ausbildungshaus für die SAN-AK München

4 Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)

Ausbildungshaus für die SAN-AK München

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 435

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 24350

Teilstationäre Fallzahl: 910

Ambulante Fallzahl: 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt: 161,76

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 161,76

Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	161,76
------------------	------------------	------	-------------------	--------

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	91,23
---------	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	91,23	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	-------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	91,23
------------------	------------------	------	-------------------	-------

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	22
---------------------	----

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	264,58
---------	--------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	260,78	Ohne:	3,80
---------------------------	-------------	--------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	264,58
------------------	------------------	------	-------------------	--------

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------------------	------	-------------------	------

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	28,56
---------	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	26,11	Ohne:	2,45
---------------------------	-------------	-------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	28,56
------------------	------------------	------	-------------------	-------

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------------------	------	-------------------	------

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,75		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,75	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,75	

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

KRANKENPFLEGEHelfER UND KRANKENPFLEGEHelfERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,26		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,26	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,26	

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

PFLEGEHelfER UND PFLEGEHelfERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	18,36		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 18,36	Ohne: 0,00	

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	18,36
------------------	------------------	------	-------------------	-------

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------------------	------	-------------------	------

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	6,18
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,18	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	6,18
------------------	------------------	------	-------------------	------

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------------------	------	-------------------	------

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen:	37
---------------------	----

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	8,01
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	8,01	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,76	Stationär:	7,25
------------------	------------------	------	-------------------	------

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
------------------	------------------	------	-------------------	------

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	8,72
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	8,72	Ohne:	0,00
---------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	8,72
------------------	------------------	------	-------------------	------

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN

Gesamt:		1,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,00

ERGOTHERAPEUT UND ERGOTHERAPEUTIN

Gesamt:		3,50		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,50	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	3,50

MASSEUR/MEDIZINISCHER BADEMEISTER UND MASSEURIN/MEDIZINISCHE BADEMEISTERIN

Gesamt:		3,49		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,49	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	3,49

MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN (MTRA)

Gesamt:		4,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	4,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	4,00

PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

Gesamt:		12,52		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	12,52	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	12,52

DIPLOM-PSYCHOLOGE UND DIPLOM-PSYCHOLOGIN

Gesamt: 1,80

PsychoOnkologin

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,80 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,80

SOZIALARBEITER UND SOZIALARBEITERIN

Gesamt: 5,11

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 5,11 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 5,11

SOZIALPÄDAGOGE UND SOZIALPÄDAGOGIN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,00

PERSONAL MIT WEITERBILDUNG ZUM DIABETESBERATER/ ZUR DIABETESBERATERIN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,00

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IN DER STOMATHERAPIE

Gesamt: 0,50

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,50 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,50

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT

Gesamt: 0,50

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,50 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,50

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Karin Bernecker, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	089 1303 1621
Fax:	089 1303 1625
E-Mail:	Karin.Bernecker@swmbrk.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Klinikleitung und Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Alle QM/RM-Dokumente stehen über das elektronische Dokumentenlenkungssystem zur Verfügung Letzte Aktualisierung: 13.09.2018</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
5	Schmerzmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
18	Entlassungsmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input type="checkbox"/>	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: jährlich</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 13.09.2018</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	...

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Nein
--	------

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	9
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	28

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	quartalsweise

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Beier, Ärztlicher Direktor
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaut	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	AUSWAHL
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag): 39

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	116,6

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: LARE und MRE-Netzwerk der Landeshauptstadt München</i> <i>Landesarbeitsgemeinschaft Resistente Erreger des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (LARE)</i>
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

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

<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	OP-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de siehe www.rotkreuzklinikum-muenchen.de	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Nein

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	MA des Qualitätsmanagements, QMB
Telefon:	089 1303 1621
Fax:	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	<i>Kooperationspartner Radiologie München am Rotkreuzklinikum München gGmbH</i>		
3	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
4	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
5	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
	<i>Kooperationspartner Radiologie München am Rotkreuzklinikum München gGmbH</i>		
6	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
7	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
8	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Nein
	<i>Dialysepraxis Dr. Heller am Rotkreuzklinikum München</i>		
9	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
10	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
11	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
	<i>amplitudenintegriertes EEG</i>		
12	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
13	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Innere Med. I - Kardiologie und Pneumologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Med. I - Kardiologie und Pneumologie
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Privat-Dozent Dr. med. Christian von Bary, Chefarzt
Telefon:	089 1303 2501
Fax:	089 1303 2508
E-Mail:	Sinem.Gezginci@swmbrk.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Schrittmachereingriffe <i>Implantation von Ein-, Zwei- oder Dreikammer-Herzschrittmacher Kontrolluntersuchung</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

2	Defibrillatoreingriffe <i>Implantation von Ein-, Zwei- oder Dreikammer-Cardioverter-Defibrillator (ICD), auch Kontrolluntersuchung / und Implantation von kardialen Eventrecordern</i>
3	Elektrophysiologie <i>Invasive und nichtinvasive Diagnostik und Therapie aller Arten von Herzrhythmusstörungen. Hochmodernes EPU-Labor.</i>
4	Untersuchung mit dem Herzkatheter <i>Linksherzkatheter, Rechtsherzkatheter, Myokardbiopsie, periphere Angiographie, Intravasculärer Ultraschall, FFR-Messung mit Druckdraht</i>
5	Therapie mit dem Herzkatheter <i>Ballon- und Stentimplantation, Wiedereröffnung chronischer Gefäßverschlüsse, Rotablation, Perikardpunktion</i>
6	Kardiale Bildgebung <i>Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE), Stressechokardiographie, Kardio-MRT, Kardio-CT, Myokardszintigraphie</i>
7	Chest-Pain-Unit
8	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Zentrum für Herzrhythmusstörungen und Invasive Elektrophysiologie mit allen etablierten invasiven und nicht-invasiven Verfahren auf dem modernsten Stand der Technik</i>
9	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Hierzu stehen sämtliche invasive und nichtinvasive Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zu Verfügung.</i>
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>dekompensierte Herzinsuffizienz</i>
11	Diagnostik und Therapie der koronaren Herzkrankheit
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten <i>Behandlung von Patienten mit Lymphabflußstörungen bei chronischer Herzinsuffizienz und Stauungsdermatosen.</i>
14	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
15	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin <i>In Kooperation mit dem am Hause befindlichen Schlaflabor Dr. med. Klaus Storck.</i>
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Umfassende Diagnostik und Therapie von Lungenerkrankungen</i>
17	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes <i>Nichtinvasive und invasive Diagnostik sowie medikamentöse Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie.</i>
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
19	Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Lungenerkrankungen <i>z.B. Lungenentzündung, COPD, Chronische Bronchitis, Asthma bronchiale, Lungenfibrose, Sarkoidose, bösartige Tumoren der Lunge und des Rippenfells</i>
20	Bronchoskopie
21	Intensivmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

22 Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

23 Schmerztherapie

24 Spezialsprechstunde

Prä- und poststationäre Herzrhythmusprechstunde. Schrittmacher- und ICD-Kontrolle nach Implantation in unserem Klinikum.

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 3292

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	235
2	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	223
3	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	157
4	R55	Synkope und Kollaps	137
5	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	134
6	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	102
7	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	89
8	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	79
9	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	77
10	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	71
11	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	60
12	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	53
13	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	52
14	I48.3	Vorhofflattern, typisch	50
15	E86	Volumenmangel	47
16	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	41
17	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	41
18	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	39
19	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	38

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	37
21	I20.0	Instabile Angina pectoris	33
22	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	33
23	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	30
24	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	30
25	J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	27
26	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	25
27	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	24
28	R00.2	Palpitationen	24
29	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	23
30	J44.10	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	23

B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	471
2	I50	Herzinsuffizienz	275

B-[1].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	235
2	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	223
3	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	157
4	R55	Synkope und Kollaps	137
5	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	134
6	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	128
7	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	106
8	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	89
9	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	79
10	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	77

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	74
12	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	71
13	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	71
14	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	60
15	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	52
16	I48.3	Vorhofflattern, typisch	50
17	I50.1	Linksherzinsuffizienz	49
18	E86	Volumenmangel	47
19	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	41
20	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	41
21	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	38
22	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	37
23	I20.0	Instabile Angina pectoris	33
24	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	33
25	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	30
26	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	30
27	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	25
28	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	24
29	R00.2	Palpitationen	24
30	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	22

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	688
2	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	581
3	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	505
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	325

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	273
6	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	229
7	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	212
8	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	203
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	200
10	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	189
11	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	182
12	8-83b.08	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	151
13	1-710	Ganzkörperplethysmographie	150
14	1-274.3	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums	129
15	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	127
16	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	119
17	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	114
18	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	110
19	8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	109
20	8-835.d3	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren mit Messung des Anpressdruckes: Linker Vorhof	107
21	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	86
22	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	84
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	82
24	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	80
25	8-83b.00	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	79
26	3-611.1	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Pulmonalvenen	79
27	3-224.30	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]	76

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	1-714	Messung der bronchialen Reaktivität	74
29	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	72
30	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	70

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	688
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	684
3	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	581
4	1-268	Kardiales Mapping	498
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	478
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	452
7	8-835	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	432
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	325
9	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	276
10	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	268

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>kardiologisch/rhythmologische Privatsprechstunde</i>
2	SCHRITTMACHERAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Schrittmacherkontrolle nach Implantation in unserem Klinikum</i>
3	MVZ AM ROTKREUZPLATZ - HERZRHYTHMUSSPRECHSTUNDE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	http://www.mvz-am-rotkreuzplatz.de

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	18,22	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 18,22	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 18,22	
		Fälle je Anzahl: 180,7	

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	8,74		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,74	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 8,74	
		Fälle je Anzahl: 376,7	

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Kardiologie
2	Innere Medizin und Pneumologie
3	Innere Medizin

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 24,04

2 Stationen, Herzkatheterlabor und kardiologische Funktionsdiagnostik

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 24,04	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 24,04
		Fälle je Anzahl: 136,9

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,00
		Fälle je Anzahl: 3292,0

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 3,90

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,90	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,90
		Fälle je Anzahl: 844,1

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,76

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,76	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,76	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 2,81

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,81	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,81
		Fälle je Anzahl: 1171,5

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2] Innere Med. II - Gastroenterologie

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Med. II - Gastroenterologie
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie

B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Monther Bajbouj, Chefarzt (seit 01.10.2017)
Telefon:	089 1303 2521
Fax:	089 1303 2524
E-Mail:	Nicole.Zellner@swmbrk.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

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

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

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

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Speiseröhre
4	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Tumore des Gastrointestinaltraktes</i>
5	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
7	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
8	Diagnostik und Therapie von Diabetes
9	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
10	Gastroenterologische Funktionsdiagnostik <i>Wasserstoff-/Methan-Atemtests (H2-/CH4-Atemtests) zur Abklärung von Unverträglichkeiten (z. B. Laktoseintoleranz), pH-Metrie und Impedanzmessung z. B. zur Diagnose der Refluxerkrankung, Hochauflösende Manometrie zur Abklärung von Funktionsstörungen der Speiseröhre</i>
11	Endoskopie <i>diagnostisch und interventionell</i>
12	Ultraschalldiagnostik
13	Schmerztherapie
14	Intensivmedizin <i>interdisziplinäre Intensivstation</i>
15	Spezialsprechstunde <i>inkl. MVZ</i>

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2022
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	128
2	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	107
3	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	50
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	41
5	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	35

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	K63.5	Polyp des Kolons	33
7	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	33
8	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	32
9	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	32
10	E86	Volumenmangel	29
11	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	28
12	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	26
13	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	26
14	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	25
15	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	24
16	K29.1	Sonstige akute Gastritis	24
17	K83.1	Verschluss des Gallenganges	23
18	K59.0	Obstipation	23
19	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	23
20	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	22
21	A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	21
22	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	20
23	N20.0	Nierenstein	20
24	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	20
25	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	19
26	K85.20	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	18
27	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	17
28	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	16
29	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	16
30	K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	16

B-[2].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[2].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	128
2	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	107
3	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	52
4	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	50
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	41
6	K80.5	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis	39
7	E11.9	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen	36
8	K63.5	Polyp des Kolons	33
9	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	33
10	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	32
11	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	32
12	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	30
13	E86	Volumenmangel	29
14	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	26
15	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	25
16	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	24
17	K29.1	Sonstige akute Gastritis	24
18	K31.8	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	24
19	K59.0	Obstipation	23
20	K83.1	Verschluss des Gallenganges	23
21	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	22
22	A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	21
23	K85.2	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis	21

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
24	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	20
25	N20.0	Nierenstein	20
26	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	20
27	E11.6	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	20
28	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	19
29	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	17
30	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	17

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	915
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	248
3	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	216
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	213
5	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	184
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	172
7	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	154
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	146
9	3-055	Endosonographie der Gallenwege	146
10	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	118
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	117
12	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	114
13	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	102
14	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	99
15	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	84
16	3-200	Native Computertomographie des Schädels	80
17	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	74
18	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	66
19	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	58

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	56
21	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	55
22	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	49
23	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	46
24	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	44
25	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	44
26	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	43
27	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	39
28	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	36
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	34
30	5-449.d3	Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch	34

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	938
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	468
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	404
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	290
5	5-469	Andere Operationen am Darm	213
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	213
7	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	201
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	198
9	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	147
10	3-055	Endosonographie der Gallenwege	146

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MVZ AM ROTKREUZPLATZ - GASTROENTEROLOGIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	http://www.mvz-am-rotkreuzplatz.de

2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	17,00	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 17,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	17,00
		Fälle je Anzahl:	118,9

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	10,06		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,06	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	10,06
		Fälle je Anzahl:	201,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Gastroenterologie
2	Innere Medizin

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin

ZUSATZ-WEITERBILDUNG

2 Intensivmedizin

3 Palliativmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 15,10

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 15,10 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 15,10
Fälle je Anzahl: 133,9

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,14

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,14 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,14
Fälle je Anzahl: 1773,7

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,00
Fälle je Anzahl: 2022,0

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Pflege in der Endoskopie
4	Praxisanleitung

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3] Innere Med. III - Hämatologie und Onkologie

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Med. III - Hämatologie und Onkologie
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Marcus Hentrich, Chefarzt
Telefon:	089 1303 4372
Fax:	089 1303 4375
E-Mail:	manuela.goersch@swmbrk.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
2	Stammzelltransplantation

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

autologe Stammzelltransplantation

3	Transfusionsmedizin
4	Interdisziplinäre Tumornachsorge <i>Interdisziplinäres Tumorboard</i>
5	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen <i>Lymphome, Leukämien, multiple Myelome</i>
6	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Schwerpunkt: Hodentumore, Urogenitaltumore, Bronchialkarzinom, Gastrointestinale Tumore</i>
7	Intensivmedizin
8	Palliativmedizin
9	Schmerztherapie

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1243
Teilstationäre Fallzahl:	42

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	174
2	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	82
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	79
4	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	72
5	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	68
6	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	47
7	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	42
8	D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss [RAEB]	26
9	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	23
10	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	23
11	C68.8	Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend	20
12	C83.1	Mantelzell-Lymphom	18
13	C83.7	Burkitt-Lymphom	18

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	18
15	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	16
16	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	16
17	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	15
18	C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	14
19	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	14
20	C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms	13
21	C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	13
22	C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	12
23	C48.0	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum	11
24	C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	10
25	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	10
26	C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission	10
27	C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	9
28	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	9
29	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	9
30	C85.2	Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom	9

B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C90.0	Multiples Myelom	174
2	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	82
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	79
4	C92.0	Akute myeloblastische Leukämie [AML]	76
5	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	68
6	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	47
7	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	42
8	D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss [RAEB]	26
9	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	23

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	C91.1	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]	23
11	C68.8	Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend	20
12	C83.1	Mantelzell-Lymphom	18
13	C83.7	Burkitt-Lymphom	18
14	C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	18
15	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	16
16	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	16
17	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	15
18	C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	14
19	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	14
20	C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms	13
21	C91.0	Akute lymphatische Leukämie [ALL]	13
22	C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	13
23	C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	12
24	C48.0	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum	11
25	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	10
26	C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	10
27	C88.0	Makroglobulinämie Waldenström	10
28	C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	9
29	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	9
30	C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom	9

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	271
2	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	216

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	186
4	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	167
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	135
6	8-544.0	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: Ein Chemotherapieblock während eines stationären Aufenthaltes	133
7	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	132
8	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	117
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	107
10	8-805.00	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Autogen: Ohne In-vitro-Aufbereitung	86
11	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	79
12	5-410.10	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark und peripherem Blut zur Transplantation: Hämatopoetische Stammzellen aus peripherem Blut: Zur Eigenspende	67
13	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	67
14	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	64
15	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	61
16	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	58
17	8-543.21	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	58
18	6-002.15	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral: 450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE	55
19	8-800.d0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat	54
20	6-001.h6	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 750 mg bis unter 850 mg	53
21	8-800.d1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	51
22	6-004.c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Rasburicase, parenteral	45
23	1-941.0	Komplexe Diagnostik bei Leukämien: Komplexe Diagnostik ohne HLA-Typisierung	39
24	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	39
25	3-202	Native Computertomographie des Thorax	38

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	37
27	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	37
28	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	37
29	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	34
30	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	33

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	525
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	412
3	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	406
4	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	247
5	8-547	Andere Immuntherapie	216
6	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	186
7	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	166
8	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	141
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	135
10	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	117

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt: 6,17 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 6,17 Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 6,17
		Fälle je Anzahl: 201,5

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	3,08	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,08	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,08
		Fälle je Anzahl: 403,6

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumortherapie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	14,27	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 14,27	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 14,27
		Fälle je Anzahl: 87,1

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,00
		Fälle je Anzahl: 1243,0

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pflege in der Onkologie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement <i>als Teil der Fachweiterbildung und "Pain Nurse"</i>
2	Kinästhetik
3	Palliative Care

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[4] Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Minimalinvasive Chirurgie

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Minimalinvasive Chirurgie
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Wolfgang Thasler, Chefarzt
Telefon:	089 1303 2541
Fax:	089 1303 2549
E-Mail:	walburga.fastner@swmbrk.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Ambulante Operationen <i>Wenn mgl. werden Eingriffe ambulant durchgeführt wie z. B. Hernien-OPs (DHG zertifizierte Hernienchirurgie), proktologische Operationen, Portimplantationen, Metallentfernungen, Entfernung von kleinen Geschwulsten, Osteosynthesen, CTS</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

2	Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Zertifiziertes MIC-Zentrum für minimal-invasive Chirurgie (DGAV) und Hernien-Zentrum. Wenn möglich führen wir Eingriffe, auch große Operationen, auch Tumoroperationen, in "Schlüssellochtechnik" durch.</i>
3	Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>Wann immer notwendig und möglich werden bei kleinen Tumoren des Magens oder Dickdarmes Operationen in Rendez Vous Technik durchgeführt. Dabei entfernt der Gastroenterologe endoskopisch den Tumor und der Chirurg stellt gleichzeitig den Tumor unter laparoskopischer Sicht zur Kontrolle dar.</i>
4	Spezialsprechstunde <i>Tumorsprechstunde "onkologische Chirurgie"; Pankreas- und Lebersprechstunde, Sprechstunde für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen; für Inkontinenz des Darmes; für minimal invasive Chirurgie (MIC), Reflux-Dysphagie Sprechstunde, Hernien-Sprechstunde, Proktologische Sprechstunde, Thoraxsprechstunde</i>
5	Chirurgische Intensivmedizin <i>In Kooperation mit der Fachabteilung für Anästhesie</i>
6	Endokrine Chirurgie
7	Magen-Darm-Chirurgie <i>Operative Behandl. sämtl. gut u. bösartiger Erkrankungen d. Bauchraumes. Schwerpunkt: komplexe Erkrankungen, die eine individualisierte Behandlung unter Einbeziehung aller Fachdisziplinen erfordert. Besonderheit: minimal-invasives Neuromonitoring bei Eingriffen im kleinen Becken</i>
8	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>Leberteilentfernungen bei gut- und bösartigen primären u. sekundären Lebertumoren; alle OPs an der Gallenblase u. den Gallewegen inkl. Tumorchirurgie; alle Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse bei gutartigen u. bösartigen Erkrankungen (Pankreaszentrum) Operative Behandlung v. chronischer Pankreatitis</i>
9	Hernienchirurgie <i>Operative Versorgung sämtlicher Bauchwandbrüche, Narbenbrüche, Leisten- und Schenkelbrüche, Stomabrüche</i>
10	Tumorchirurgie <i>Alle Tumore des Bauchraumes, auch GIST und neuroendokrine Tumore. Individualisierte Behandlung gemäß dem Beschluss der interdisziplinären Tumorkonferenz. Es können modernste Verfahren angeboten werden wie z.B. die zytoreduktive Chirurgie und intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC).</i>
11	Speiseröhrenchirurgie <i>Zwerchfellbruch Operationen, Refluxverhütende Operationen (Sodbrennen), Fundoplikatio; Endoskopische Therapie bei Speiseröhrentumoren (Stent), Resektionen bei Tumoren des ösophagogastralen Überganges bzw. der Speiseröhre</i>
12	Enddarmchirurgie <i>Proktologie</i>
13	Lungenchirurgie
14	Operationen wegen Thoraxtrauma <i>Thoraxdrainagen, Video-assistierte Thorakoskopie (VATS) zur Behandlung von Pneumothorax (Lungenkollaps), Hämatothorax (Blutansammlung im Brustraum und Thorakotomie bei Blutung oder Bronchusverletzung)</i>
15	Thorakoskopische Eingriffe <i>Pneumothorax, Hämatothorax, Lungenspitzenresektion, Pleuraerguß, Abklärung von unklaren Rundherden, Therapie von Metastasen, gutartigen Veränderungen oder Bronchialkarzinom</i>
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax <i>Thoraxdrainagen, Videoassistierte Thorakoskopie</i>
17	Mediastinoskopie
18	Ernährungstherapie bei verschiedenen Magen- und Darmerkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Wir bieten gezielte Schulungen und professionelle Beratungen rund um das Thema Ernährung und insbesondere zur normalen (enteralen) und parenteralen (über die Vene) Ernährungstherapie an.

19 Interdisziplinäre Tumornachsorge

Interdisziplinäres Tumorboard

20 Studien

Wir bieten auch die Teilnahme an Studien an, die kontrolliert untersuchen, ob eine Operation bei wenig oder nicht-symptomatischen Hernien überhaupt notwendig ist. Darüber hinaus neueste Techniken in der Hernienversorgung

B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1679

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	138
2	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	77
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	62
4	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	59
5	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	57
6	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	49
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	41
8	K81.1	Chronische Cholezystitis	36
9	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	25
10	A46	Erysipel [Wundrose]	24
11	K61.0	Analabszess	24
12	K81.0	Akute Cholezystitis	23
13	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	23
14	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	23
15	K36	Sonstige Appendizitis	21
16	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	20

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	19
18	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	19
19	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	18
20	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	17
21	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	16
22	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	15
23	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	14
24	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	14
25	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	14
26	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	14
27	S06.0	Gehirnerschütterung	13
28	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	13
29	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	13
30	K66.0	Peritoneale Adhäsionen	13

B-[4].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[4].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	157
2	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	77
3	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	63
4	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	62
5	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	57
6	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	49
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	41
8	K81.1	Chronische Cholezystitis	36
9	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	32

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	25
11	K61.0	Analabszess	24
12	A46	Erysipel [Wundrose]	24
13	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	23
14	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	23
15	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	23
16	K81.0	Akute Cholezystitis	23
17	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	22
18	K36	Sonstige Appendizitis	21
19	K40.3	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	19
20	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	19
21	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	16
22	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	14
23	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	14
24	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	14
25	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	14
26	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	13
27	S06.0	Gehirnerschütterung	13
28	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	13
29	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	13
30	K66.0	Peritoneale Adhäsionen	13

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	292
2	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	193
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	192

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	174
5	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	154
6	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	132
7	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	125
8	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	125
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	95
10	5-470.10	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch (Schlingen)ligatur	88
11	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	75
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	71
13	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	64
14	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	53
15	8-176.2	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	52
16	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	51
17	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	48
18	5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material	47
19	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	47
20	3-055	Endosonographie der Gallenwege	46
21	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	44
22	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	42
23	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	42
24	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	41
25	3-056	Endosonographie des Pankreas	41
26	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	41
27	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	40
28	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	39
29	5-545.0	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz)	38

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	38

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-469	Andere Operationen am Darm	324
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	292
3	5-511	Cholezystektomie	238
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	213
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	200
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	195
7	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	193
8	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	154
9	5-470	Appendektomie	136
10	1-650	Diagnostische Koloskopie	121

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	CHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Beratung und präoperative Vorbereitung von Patienten zur geplanten Operation</i>
3	WUNDSPRECHSTUNDE (VERBANDSWECHSEL)
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Nachsorge, Verbandswechsel nach OP</i>
4	HERNIENSPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	10
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	6
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
5	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	< 4
6	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
7	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
8	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
9	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
10	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	21,22	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 21,22	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	21,22
		Fälle je Anzahl:	79,1

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	9,01		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,01	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	9,01
		Fälle je Anzahl:	186,3

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Viszeralchirurgie <i>Prof. Dr. med. W. E. Thasler - zusätzlich Koloproktologie und Chirurgische Onkologie (EBSQ), Dr. Rüth-, Dr. med. E. Schwanzer, , Dr. med. P. Schwendtner, Dr. med. I. Calasan, Dr. med. E. D. Leder</i>
2	Allgemeinchirurgie <i>Alle Fachärzte der Abteilung besitzen die Fachexpertise für Allgemeinchirurgie</i>
3	Thoraxchirurgie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Notfallmedizin
3	Proktologie
4	Spezielle Viszeralchirurgie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	18,46		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	18,46	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 18,46
			Fälle je Anzahl: 91,0

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,47		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,47	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,47
		Fälle je Anzahl: 1142,2

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,33	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,33	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,33
		Fälle je Anzahl: 1262,4

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,04	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,04	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,04
		Fälle je Anzahl: 1614,4

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienebeauftragte in der Pflege
2	Praxisanleitung

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	OP-Koordination
	<i>OP-Koordination aller OP-Säle</i>

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[5] Gefäßchirurgie

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Gefäßchirurgie
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1800) Gefäßchirurgie

B-[5].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Christian Wack, Chefarzt
Telefon:	089 1303 2541
Fax:	089 1303 2549
E-Mail:	Walburga.Fastner@swmbrk.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

ambulante Varizenchirurgie, venöse Thrombektomien, venöse Beckenstents

3	Diagnostik und Therapie von arteriellen Erkrankungen <i>Arteriosklerose</i>
4	Behandlung zur Vorbeugung eines Schlaganfalles (Carotis-Chirurgie)
5	Aortenaneurysmachirurgie <i>Endovasculäre Behandlung von Aortenaneurysmen</i>
6	Chirurgische Intensivmedizin
7	Amputationschirurgie
8	Portimplantation <i>auch ambulant</i>
9	Dialyseshuntchirurgie <i>auch venöse Verweilkatheter für die Dialyse</i>
10	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
11	Arteriographie
12	Behandlung chronischer Wunden <i>Behandlung des Diabetischen Fußes</i>
13	Spezialsprechstunde <i>MVZ Gefäßchirurgie am Klinikum</i>

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	491
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	112
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	80
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	48
4	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	37
5	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	23
6	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	22

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	17
8	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	15
9	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	13
10	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	9
11	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	7
12	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	6
13	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	6
14	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	5
15	I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden	5
16	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	5
17	I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien	5
18	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	4
19	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
20	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
21	E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
22	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
23	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	< 4
24	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	I70.0	Atherosklerose der Aorta	< 4
26	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
27	I87.20	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration	< 4
28	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	< 4
29	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	< 4
30	E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	< 4

B-[5].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	306

B-[5].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	304
2	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	23
3	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	22
4	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	15
5	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	13
6	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	9
7	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	7
8	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	7
9	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	6
10	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	6
11	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	5
12	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	5
13	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	4
14	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
15	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
16	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	< 4
17	I70.0	Atherosklerose der Aorta	< 4
18	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
19	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	< 4
20	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
21	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
22	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
23	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
24	I71.0	Dissektion der Aorta	< 4
25	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	< 4
26	I72.8	Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien	< 4
27	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	< 4
28	E11.5	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen	< 4
29	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	< 4
30	I87.0	Postthrombotisches Syndrom	< 4

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel	117
2	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	98
3	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	86
4	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	82
5	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	59
6	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	53
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	47
8	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Arterien abdominal und pelvin	45
9	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	40
10	3-60x	Andere Arteriographie	35
11	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	33
12	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	31
13	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	30
14	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzungsfähiger Ballon an anderen Gefäßen	30

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	8-840.0s	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel	29
16	5-930.3	Art des Transplantates: Xenogen	28
17	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	28
18	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	27
19	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	24
20	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	21
21	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	20
22	5-381.54	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	19
23	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	19
24	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	18
25	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	18
26	8-840.1q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Andere Arterien abdominal und pelvin	16
27	8-840.1s	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Arterien Oberschenkel	16
28	5-38a.c0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, ohne Öffnung	16
29	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	15
30	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	14

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	265
2	5-381	Endarteriektomie	176
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	168
4	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents	109
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	98

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-930	Art des Transplantates	89
7	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	56
8	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	53
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	51
10	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	50

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MVZ AM ROTKREUZPLATZ - GEFÄßCHIRURGIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	http://www.mvz-am-rotkreuzplatz.de

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	2,64	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,64	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	2,64
		Fälle je Anzahl:	186,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	2,64		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,64	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	2,64
		Fälle je Anzahl:	186,0

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Gefäßchirurgie <i>Dr. med. Christian Wack (Endovaskulärer Spezialist DGG), Dr. med. Andreas Kaboth (Endovaskulärer Chirurg DGG), Dr. med. Werner Bauer (Endovaskulärer Chirurg DGG)</i>

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Phlebologie
2	Notfallmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	11,41		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	11,41	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 11,41
			Fälle je Anzahl: 43,0

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,73		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,73	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,73
			Fälle je Anzahl: 672,6

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,33		
---------	------	--	--

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,33	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,33
			Fälle je Anzahl:	369,2

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:		1,04		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,04	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,04
			Fälle je Anzahl:	472,1

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[6] Akutgeriatrie

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Akutgeriatrie
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0200) Geriatrie

B-[6].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Beier, Chefarzt
Telefon:	089 1303 4364
Fax:	089 1303 4365
E-Mail:	hanna.beier@swmbrk.de

B-[6].1.3 Weitere Zugänge

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Die betreuten Patienten werden in einem multiprofessionellen Ansatz (aktivierende Pflege, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie) medizinisch behandelt und soweit möglich der geriatrischen Komplexbehandlung zugeführt.</i>
2	multiprofessionelle Behandlung <i>medizinische Behandlung, aktivierende Pflege, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Sozialberatung, Seelsorge, multiprofessionelle Angehörigengespräche</i>
3	Physikalische Therapie

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
2	Arbeit mit Piktogrammen

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	364
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	54
2	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	20
3	E86	Volumenmangel	18
4	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	13
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	12
6	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	9
7	J44.09	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	8
8	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	8
9	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	8
10	R55	Synkope und Kollaps	8
11	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	7
12	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	5
13	J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	5
14	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	5
15	F05.1	Delir bei Demenz	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	4
17	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	4
18	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	4
19	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	4
20	S20.2	Prellung des Thorax	< 4
21	K59.0	Obstipation	< 4
22	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
23	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	< 4
24	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	< 4
25	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	< 4
26	G45.93	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	< 4
27	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	< 4
28	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	< 4
29	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	< 4
30	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[6].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[6].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	54
2	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	20
3	E86	Volumenmangel	18
4	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	13
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	12
6	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	10
7	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	9
8	I50.1	Linksherzinsuffizienz	9
9	R55	Synkope und Kollaps	8
10	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	8

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	8
12	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	6
13	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	5
14	J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	5
15	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	5
16	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	4
17	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	4
18	I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	4
19	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	4
20	F05.1	Delir bei Demenz	4
21	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	4
22	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	< 4
23	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	< 4
24	K59.0	Obstipation	< 4
25	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
26	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	< 4
27	S20.2	Prellung des Thorax	< 4
28	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	< 4
29	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	< 4
30	J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	< 4

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	197
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	94
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	69

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	67
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	43
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	42
7	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	41
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	29
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	26
10	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	24
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	21
12	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	14
13	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	12
14	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	11
15	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	11
16	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	10
17	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	9
18	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	8
19	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	8
20	3-201	Native Computertomographie des Halses	8
21	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	7
22	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	6
23	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	6
24	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	6
25	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	5
26	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	5
27	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	5
28	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	5
29	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
30	3-202	Native Computertomographie des Thorax	5

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	288
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	189
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	94
4	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	41
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	30
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	26
7	1-650	Diagnostische Koloskopie	15
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	14
9	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	13
10	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	12

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: **Nein**

Stationäre BG-Zulassung: **Nein**

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt: **2,34** Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: **40,00**

Beschäftigungsverhältnis: **Mit: 2,34** **Ohne: 0,00**

Versorgungsform: **Ambulant: 0,00** **Stationär: 2,34**
Fälle je Anzahl: 155,6

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt: **1,50**

Beschäftigungsverhältnis: **Mit: 1,50** **Ohne: 0,00**

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,50
			Fälle je Anzahl:	242,7

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin und Gastroenterologie <i>Dr. Thomas Beier</i>
2	Physikalische und Rehabilitative Medizin <i>Dr. Thomas Beier</i>
3	Innere Medizin

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Geriatric <i>Dr. Thomas Beier, Dr. Antje Bräuning, Dr. Gabriela Häring</i>

B-[6].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	12,04		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	12,04	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 12,04
			Fälle je Anzahl: 30,2

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,75		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,75	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,75
			Fälle je Anzahl:	208,0

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:		0,65		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,65	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,65
			Fälle je Anzahl:	560,0

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Rehabilitation
	<i>Fachkraft Geriatrie</i>
4	Praxisanleitung

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Stomamanagement
2	Wundmanagement
3	Geriatrie
4	Bobath
5	Kinästhetik
6	Sturzmanagement
7	Basale Stimulation

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[7] Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesiologie und Intensivmedizin
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[7].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Rainer Kiefmann, Chefarzt (seit 01.05.2018)
Telefon:	089 1303 4591
Fax:	089 1303 4595
E-Mail:	sekretariat.anaesthesie@swmbrk.de

B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Taxisstraße 3
PLZ/Ort:	80637 München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Anästhesie-Sprechstunde <i>Aufklärung, Besprechung, Risikostratifizierung und Auswahl des Anästhesieverfahrens bei ambulanten und stationären Eingriffen</i>
2	Allgemeine Anästhesieverfahren <i>Allgemeinanästhesie ("Vollnarkose") als Inhalationsanästhesie oder Totalintravenöse Anästhesie, Ultraschallgesteuerte Regionalanästhesie, Rückenmarksnahe Anästhesie, z. B. Periduralanästhesie, Kombinationsverfahren: Allgemeinanästhesie gemeinsam mit Rückenmarksnahe- oder Regionalanästhesie</i>
3	Besondere Anästhesieverfahren
4	Notfallmedizin <i>Notfallteams an beiden Standorten, Interdisziplinärer Schockraum, Ausbildung von Fachpersonal</i>
5	Anästhesie bei ambulanten Operationen <i>Gynäkologie</i>
6	Schmerztherapie <i>Anwendung systemischer u. regionalanästhesiologischer Verfahren . Akut Schmerzdienst: Kontinuierliche Betreuung von Patienten, die postoperativ mit einer sogenannten PCA-Pumpe versorgt sind. Konsiliarische Mitbetreuung bei multimodaler Schmerztherapie und in der Palliativmedizin.</i>
7	Transfusionsmedizin <i>Transfusionsverantwortlichkeit für das Gesamtklinikum</i>
8	Intensivmedizin <i>Die intensivmedizinische Versorgung unserer Patienten erfolgt interdisziplinär, also gemeinsam mit den anderen Fachabteilungen. Sie orientiert sich an der individuellen Schwere der Erkrankung, und garantiert so die bestmögliche Behandlung.</i>
9	Geburtshilfliche Informations- und Aufklärungsveranstaltung <i>In der Regel jeden ersten Donnerstag im Monat um 16.00 Uhr.</i>

B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[7].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[7].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ANÄSTHESIE-SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	34,96	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 34,96	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	34,96
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	21,28		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 21,28	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	21,28
		Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)

1	Anästhesiologie
---	-----------------

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG

1	Notfallmedizin
2	Palliativmedizin
3	Akupunktur
4	Intensivmedizin

B-[7].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 48,96

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 46,16 **Ohne:** 2,80

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 48,96
Fälle je Anzahl: 0,0

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	Fälle je Anzahl: 0,0

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHelfER UND KRANKENPFLEGEHelfERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	Fälle je Anzahl: 0,0

PFLEGEHelfER UND PFLEGEHelfERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,49		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,49	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,49	Fälle je Anzahl: 0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 2,26

ATA

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,26	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,26
		Fälle je Anzahl: 0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Praxisanleitung
4	Diplom <i>Pflegemanagement</i>
5	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Palliative Care

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

2	Qualitätsmanagement
3	Schmerzmanagement
	<i>als Teil der Fachweiterbildung und "Pain Nurse"</i>

B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

B-[8] Unfallchirurgie und Orthopädie

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Gemischte Haupt- und Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Unfallchirurgie und Orthopädie
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1600) Unfallchirurgie
2	(2300) Orthopädie

B-[8].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Name/Funktion:	Dr. med. Rainer Holz, Chefarzt (seit 01.05.2018)
Telefon:	089 1303 2542
Fax:	089 1303 2539
E-Mail:	angelika.maerkl@swmbrk.de

B-[8].1.3 Weitere Zugänge

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Geriatrische Chirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 2 Arthroskopische Operationen
- 3 Notfallmedizin
- 4 Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 5 Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 6 Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
- 7 Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 8 Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- 9 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
- 10 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 11 Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
- 12 Fußchirurgie
- 13 Handchirurgie
- 14 Schulterchirurgie
- 15 Sportmedizin/Sporttraumatologie
- 16 Behandlung von Arbeitsunfällen
- 17 Traumatologie
- 18 Spezialsprechstunde
Trauma- und BG-Sprechstunde
- 19 Chirurgische Intensivmedizin
- 20 Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
- 21 Septische Knochenchirurgie
- 22 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
- 23 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
- 24 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 25 Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- 26 Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 27 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
- 28 Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 29 Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
- 30 Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 31 Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 32 Wirbelsäulenchirurgie

B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1940
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	226
2	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	183
3	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	52
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	45
5	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	40
6	M20.1	Hallux valgus (erworben)	37
7	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	35
8	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	34
9	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	33
10	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	33
11	M42.16	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich	31
12	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	29
13	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	29
14	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	26
15	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	25
16	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	23
17	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	22
18	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	21
19	M25.31	Sonstige Instabilität eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	20
20	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	20
21	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	18
22	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	18
23	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	18
24	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	17

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	17
26	S20.2	Prellung des Thorax	17
27	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	15
28	M54.4	Lumboischialgie	15
29	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	14
30	S32.1	Fraktur des Os sacrum	13

B-[8].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[8].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	226
2	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	183
3	S52.5	Distale Fraktur des Radius	74
4	S72.0	Schenkelhalsfraktur	54
5	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	52
6	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	50
7	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	48
8	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	40
9	M20.1	Hallux valgus (erworben)	37
10	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	35
11	M42.1	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen	34
12	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	34
13	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	34
14	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	33
15	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	33
16	S42.0	Fraktur der Klavikula	26
17	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	25
18	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	23
19	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	21

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
20	M25.3	Sonstige Instabilität eines Gelenkes	21
21	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	20
22	M48.0	Spinal(kanal)stenose	18
23	S22.4	Rippserienfraktur	18
24	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	18
25	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	18
26	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	18
27	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	17
28	S20.2	Prellung des Thorax	17
29	S43.0	Luxation des Humerus nach hinten	15
30	M54.4	Lumboischialgie	15

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	315
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	263
3	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	222
4	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	175
5	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	128
6	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	87
7	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	80
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	79
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	71
10	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	69
11	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	60

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	56
13	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	53
14	5-033.0	Inzision des Spinalkanals: Dekompression	52
15	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	47
16	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	43
17	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	42
18	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöchernen Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	41
19	5-788.56	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I	39
20	5-786.e	Osteosyntheseverfahren: Durch (Blount-)Klammern	38
21	5-782.b0	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula	36
22	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	35
23	5-814.0	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch Naht	34
24	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	33
25	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	32
26	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	32
27	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	30
28	5-839.a0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper	30
29	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	28
30	5-822.g2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)	27

B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	479
2	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	315
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	263

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	208
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	160
6	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	144
7	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	142
8	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	139
9	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	122
10	5-786	Osteosyntheseverfahren	121

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BG-SPRECHSTUNDE
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
2	WUNDSPRECHSTUNDE (VERBANDSWECHSEL)
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Nachsorge, Verbandswechsel nach OP</i>
3	TRAUMA-SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	76
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	26
3	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	18
4	5-841	Operationen an Bändern der Hand	15
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	13
6	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	11
7	5-849	Andere Operationen an der Hand	11
8	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	9
9	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	7
10	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	7

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	4,08	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,08	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	4,08
		Fälle je Anzahl:	475,5

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	4,08		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,08	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	4,08
		Fälle je Anzahl:	475,5

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	4
Fälle je Anzahl:	485,0

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Spezielle Unfallchirurgie

B-[8].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 13,50

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 13,50 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 13,50
Fälle je Anzahl: 143,7

PFLEGEHILFER UND PFLEGEHILFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 2,82

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 2,82 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 2,82
Fälle je Anzahl: 687,9

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,33

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,33 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,33
Fälle je Anzahl: 1458,7

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,04

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,04 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 1,04

Fälle je
Anzahl: 1865,4

B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienebeauftragte in der Pflege
2	Praxisanleitung
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Bachelor

B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[8].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[9] Zentrale Notaufnahme

B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrale Notaufnahme
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[9].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Johannes Maxrath, Chefarzt
Telefon:	089 1303 2502
Fax:	
E-Mail:	jo.wichmann@swmbrk.de

B-[9].1.3 Weitere Zugänge

B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Notfallmedizin
	<i>In der Zentralen Notaufnahme werden alle Notfallpatienten zentral gesichtet und strukturell triagiert. Die weitere Versorgung verläuft interdisziplinär</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
2	Eine Interdisziplinäre Aufnahmestation ist der zentralen Notaufnahme angeschlossen
3	Schmerztherapie
4	Erstversorgung von Patienten mit akuten Erkrankungen oder Verletzungen
5	Traumatologie <i>Schockraum für Schwerverletzte, Lokales Traumazentrum (DGU)</i>
6	Diagnostik und Therapie sämtlicher chirurgischer und orthopädischer Unfall- und Traumaverletzungen
7	Diagnostik und Therapie sämtlicher akut-internistischer Erkrankungen
8	Spezialsprechstunde
9	Intensivmedizin
10	Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	Native Sonographie
12	Duplexsonographie
13	Eindimensionale Dopplersonographie
14	Computertomographie (CT), nativ <i>24h</i>
15	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>24h</i>
16	"Cardiac Arrest Center": Zur schnellen und umfassenden Behandlung von Patienten, die außerhalb des Klinikums einen Herz-Kreislaufstillstand erlitten haben und wiederbelebt werden mussten

B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	357
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	40
2	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	25
3	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	16
4	R55	Synkope und Kollaps	11
5	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	9

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	9
7	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	8
8	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	8
9	T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	8
10	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	7
11	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	7
12	T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden	7
13	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	7
14	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	6
15	S06.0	Gehirnerschütterung	6
16	R00.2	Palpitationen	6
17	T18.1	Fremdkörper im Ösophagus	5
18	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	5
19	T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	4
20	R20.2	Parästhesie der Haut	4
21	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	4
22	G58.0	Interkostalneuropathie	4
23	R51	Kopfschmerz	4
24	R20.1	Hypästhesie der Haut	< 4
25	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
26	R09.1	Pleuritis	< 4
27	R06.0	Dyspnoe	< 4
28	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	< 4
29	T58	Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid	< 4
30	I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[9].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[9].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	40
2	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	25

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
3	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	16
4	R55	Synkope und Kollaps	11
5	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	9
6	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	9
7	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	8
8	T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	8
9	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	8
10	T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden	7
11	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	7
12	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	7
13	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	7
14	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	6
15	R00.2	Palpitationen	6
16	S06.0	Gehirnerschütterung	6
17	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	5
18	T18.1	Fremdkörper im Ösophagus	5
19	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	4
20	G58.0	Interkostalneuropathie	4
21	T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	4
22	R51	Kopfschmerz	4
23	R20.2	Parästhesie der Haut	4
24	R06.0	Dyspnoe	< 4
25	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
26	N20.0	Nierenstein	< 4
27	I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	< 4
28	K29.1	Sonstige akute Gastritis	< 4
29	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	< 4
30	K59.0	Obstipation	< 4

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	27
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	23
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	10
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	8
5	8-100.6	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagoskopie mit flexiblem Instrument	4
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	3
7	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	3
8	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	3
9	3-201	Native Computertomographie des Halses	2
10	8-123.0	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel	2
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	2
12	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	2
13	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	2
14	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	1
15	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	1
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	1
17	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	1
18	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	1
19	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1
20	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	1
21	3-822	Magnetresonanztomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1
22	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	1
23	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	1
24	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1
25	8-100.8	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagogastroduodenoskopie	1
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	1
27	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	1
28	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	1
29	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	1

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	8-701	Einfache endotracheale Intubation	1

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	27
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	23
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	10
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	8
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
6	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	5
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
8	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
9	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
10	3-201	Native Computertomographie des Halses	< 4

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZENTRALE NOTAUFNAHME (ZNA)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC71 - Notfallmedizin

B-[9].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	3,00	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
---------	------	--	-------

Dauerhafte Facharztpräsenz aus allen Fachgebieten Schichtsystem Früh-, Spät- und Nachtdienst

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,00
		Fälle je Anzahl: 119,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	3,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,00
		Fälle je Anzahl: 119,0

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
3	Viszeralchirurgie
4	Innere Medizin
5	Innere Medizin und Kardiologie

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[9].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 32,55

Summe der GKP in ZNA, IDA und PSC

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 32,55	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 32,55
		Fälle je Anzahl: 11,0

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,87

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,87	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,87
		Fälle je Anzahl: 190,9

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Notfallpflege <i>und IMC-Weiterbildung</i>
3	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement <i>als Bestandteil der Fachweiterbildung</i>

B-[9].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[10] Belegabteilung Urologie

B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegabteilung Urologie
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2200) Urologie

B-[10].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Florian M. Deindl, Belegarzt
Telefon:	089 295521
Fax:	089 2289388
E-Mail:	office@dr-deindl.de

Name/Funktion:	Dr. med. Markus Kunisch, Belegarzt
Telefon:	089 161905
Fax:	089 1678061
E-Mail:	Rk.urologie@swmbrk.de

Name/Funktion:	PD Dr. med. Michael Seitz, Belegarzt
Telefon:	089 923347 67
Fax:	
E-Mail:	info@uroclinic.de

Name/Funktion:	Dr. med. Markus Frimberger, Belegarzt
Telefon:	089 161905
Fax:	089 1678061
E-Mail:	Rk.urologie@swmbrk.de

B-[10].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nymphenburger Straße 163
PLZ/Ort:	80634 München
URL:	http://www.kliniken-schwesterschaft-muenchen.de

B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	In der urologischen Abteilung betreut Sie ein erfahrenes Ärzte-Team bei der Vorsorge und Behandlung von Erkrankungen der harnbildenden Organe - Niere, Harnleiter, Harnblase und Harnröhre.
2	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
4	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase <i>Nierenbeckenplastik, Harnleiterneueinpflanzung, Harnleiter Rekonstruktion (psoas bladder hitch, boari flap, Ileum-Ersatz), offene Harnröhrenplastik, Blasendivertikelabtragung, Zystektomie mit Conduit/Neoblase</i>
5	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis <i>Endoskopische Entfernung von Nieren-, Harnleiter- und Blasensteinen (PCNL, URS mit Lithotripsie)</i>
6	Urogynäkologie <i>TVT (tension-free-vaginal-tape), Kolposuspension nach Burch, Autologe Faszienzügelplastik, abdominoperineale Sakrokolpopexie</i>
7	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
8	Kinderurologie
9	Tumorchirurgie <i>Nierentumorexzision, Tumornephrektomie, Nephroureterektomie, TUR-Blase mit photodynamischer Diagnostik, palliative TUR-Prostata, radikale Prostatektomie, inguinale Orchiektomie, Penisamputation</i>
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane <i>Korrektur Penisdeviation (Plaque-exzision und Vorhaut-Interponat), plastische Zirkumzision</i>
11	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems <i>Therapie männlicher und weiblicher Inkontinez (Readjustierbare, transvaginale Bandplastik, Argusschlinge, ProAct Ballon, Netzimplantationstechnik)</i>
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
13	Minimalinvasive endoskopische Operationen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Transurethrale Operationen (TUR-Prostata, TUR-Blase)

B-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	262
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N40	Prostatahyperplasie	66
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	42
3	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	14
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	13
5	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	13
6	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	11
7	I86.1	Skrotumvarizen	6
8	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	5
9	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	5
10	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	5
11	N43.2	Sonstige Hydrozele	5
12	N20.1	Ureterstein	5
13	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	5
14	N21.0	Stein in der Harnblase	4
15	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	4
16	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	4
17	N31.1	Neurogene Reflexblase, anderenorts nicht klassifiziert	4
18	N43.4	Spermatozele	< 4
19	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	< 4
20	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	< 4
21	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	< 4
22	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	< 4
23	N32.0	Blasenhalsobstruktion	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	N20.0	Nierenstein	< 4
25	R33	Harnverhaltung	< 4
26	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	< 4
27	N30.0	Akute Zystitis	< 4
28	N73.6	Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken	< 4
29	N43.0	Funikulozele	< 4
30	C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden	< 4

B-[10].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[10].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	N40	Prostatahyperplasie	66
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	42
3	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	14
4	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	14
5	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	13
6	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	13
7	I86.1	Skrotumvarizen	6
8	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	5
9	N20.1	Ureterstein	5
10	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	5
11	N43.2	Sonstige Hydrozele	5
12	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	5
13	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	5
14	N21.0	Stein in der Harnblase	4
15	N31.1	Neurogene Reflexblase, anderenorts nicht klassifiziert	4
16	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	4
17	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
18	N43.4	Spermatozele	< 4
19	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	< 4
20	N32.0	Blasenhalsobstruktion	< 4
21	N30.0	Akute Zystitis	< 4
22	R33	Harnverhaltung	< 4
23	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	< 4
24	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	< 4
25	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	< 4
26	N20.0	Nierenstein	< 4
27	T19.8	Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen des Urogenitaltraktes	< 4
28	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	< 4
29	N41.1	Chronische Prostatitis	< 4
30	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Harnblase	< 4

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	57
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	41
3	5-573.41	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävlinsäure	38
4	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	33
5	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	31
6	5-585.0	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, ohne Sicht	27
7	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	25
8	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	16
9	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	12

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	12
11	5-611	Operation einer Hydrocele testis	10
12	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	9
13	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	9
14	5-530.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	9
15	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	7
16	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	7
17	5-579.62	Andere Operationen an der Harnblase: Injektionsbehandlung: Transurethral	6
18	5-603.00	Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Suprapubisch- transvesikal: Offen chirurgisch	6
19	1-464.00	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen: Stanzbiopsie der Prostata: Weniger als 20 Zylinder	6
20	5-530.5	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	5
21	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	5
22	5-630.1	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], inguinal	5
23	5-572.0	Zystostomie: Offen chirurgisch	4
24	3-13d.5	Urographie: Retrograd	4
25	6-003.8	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Botulinumtoxin	3
26	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	3
27	1-460.2	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Harnblase	3
28	5-573.1	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Inzision des Harnblasenhalses	3
29	5-622.5	Orchidektomie: Radikale (inguinale) Orchidektomie (mit Epididymektomie und Resektion des Samenstranges)	3
30	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	3

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	77

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	73
3	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	52
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	41
5	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	31
6	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	20
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	16
8	8-132	Manipulationen an der Harnblase	14
9	5-572	Zystostomie	11
10	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	10

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	5
2	5-611	Operation einer Hydrocele testis	4
3	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	4
4	5-624	Orchidopexie	< 4
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
7	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 4
Fälle je Anzahl: 65,5

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Urologie

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Andrologie <i>Dr. med. Florian Deindl</i>
2	Medikamentöse Tumorthherapie <i>Dr. med. Florian Deindl, Dr. med. Markus Frimberger</i>

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[10].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[11] Belegabteilung Augenheilkunde

B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegabteilung Augenheilkunde
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2700) Augenheilkunde

B-[11].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Thomas Neuhann, Belegarzt
Telefon:	089 1303 0
Fax:	089 1303 4110
E-Mail:	mvz@neuhann.de

B-[11].1.3 Weitere Zugänge

B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Gesamtes Spektrum augenheilkundlicher Operationen:

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Operation des grauen Stars (Katarakt) und des grünen Stars (Glaukom), Hornhauttransplantation, Korrekturen von Fehlsichtigkeit, Operationen an der Augenoberfläche, Wiederherstellungschirurgie des vorderen Augenabschnittes, Glaskörper- und Netzhautchirurgie, Plastische Chirurgie der Augenumgebung</i>
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
3	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
10	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
11	Plastische Chirurgie
12	Spezialsprechstunde

B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	594
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	122
2	T86.83	Versagen und Abstoßung: Hornhauttransplantat des Auges	74
3	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	74
4	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	70
5	T85.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Augenprothesen, -implantate oder -transplantate	38
6	H18.1	Keratopathia bullosa	24
7	H18.6	Keratokonius	22
8	H27.0	Aphakie	20
9	H18.4	Hornhautdegeneration	15
10	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	14
11	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	12
13	H17.9	Hornhautnarbe und -trübung, nicht näher bezeichnet	12
14	H40.9	Glaukom, nicht näher bezeichnet	11
15	H18.2	Sonstiges Hornhautödem	8
16	H16.0	Ulcus corneae	7
17	H16.4	Neovaskularisation der Hornhaut	6
18	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	5
19	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	5
20	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	4
21	H35.6	Netzhautblutung	< 4
22	Q15.0	Angeborenes Glaukom	< 4
23	H17.8	Sonstige Hornhautnarben und -trübungen	< 4
24	H18.3	Veränderungen an den Hornhautmembranen	< 4
25	H40.4	Glaukom (sekundär) nach Entzündung des Auges	< 4
26	H43.1	Glaskörperblutung	< 4
27	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	< 4
28	H33.2	Seröse Netzhautablösung	< 4
29	H33.5	Sonstige Netzhautablösungen	< 4
30	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	< 4

B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[11].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	122
2	T86.8	Versagen und Abstoßung sonstiger transplanterter Organe und Gewebe	74
3	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	74
4	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	70
5	T85.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Augenprothesen, -implantate oder -transplantate	38
6	H18.1	Keratopathia bullosa	24
7	H18.6	Keratokonius	22
8	H27.0	Aphakie	20

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
9	H18.4	Hornhautdegeneration	15
10	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	14
11	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	13
12	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	12
13	H17.9	Hornhautnarbe und -trübung, nicht näher bezeichnet	12
14	H40.9	Glaukom, nicht näher bezeichnet	11
15	H18.2	Sonstiges Hornhautödem	8
16	H16.0	Ulcus corneae	7
17	H16.4	Neovaskularisation der Hornhaut	6
18	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	5
19	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	5
20	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	4
21	H18.3	Veränderungen an den Hornhautmembranen	< 4
22	H35.6	Netzhautblutung	< 4
23	Q15.0	Angeborenes Glaukom	< 4
24	H17.8	Sonstige Hornhautnarben und -trübungen	< 4
25	H43.1	Glaskörperblutung	< 4
26	H33.2	Seröse Netzhautablösung	< 4
27	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	< 4
28	H18.7	Sonstige Hornhautdeformitäten	< 4
29	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	< 4
30	H40.4	Glaukom (sekundär) nach Entzündung des Auges	< 4

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-983	Reoperation	422
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	254
3	5-125.01	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, lamellär: Posterior	203

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-144.5a	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	155
5	5-139.2	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Einbringen von Gas in die Vorderkammer	93
6	5-131.7	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Trabekulotomie	92
7	5-125.10	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, perforierend: Nicht HLA-typisiert	76
8	5-159.00	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana: Elektrolytlösung	26
9	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	24
10	5-154.0	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Kryopexie	24
11	5-123.20	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea: Keratektomie: Superfiziell	22
12	5-159.4	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Nahtlose transkonjunktivale Vitrektomie mit Einmalinstrumenten	21
13	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	20
14	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	19
15	5-158.10	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Elektrolytlösung	14
16	5-137.4	Andere Operationen an der Iris: Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)	13
17	5-124	Naht der Kornea	12
18	5-154.4	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Durch schwere Flüssigkeiten	10
19	5-158.20	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Elektrolytlösung	10
20	5-125.00	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, lamellär: Anterior	10
21	5-137.7	Andere Operationen an der Iris: Temporäre chirurgische Pupillenerweiterung	10
22	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	8
23	5-137.2	Andere Operationen an der Iris: Lösung vorderer Synechien (zwischen Iris und Kornea)	8
24	5-139.0	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Parazentese	7

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	5-145.26	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	7
26	5-115	Naht der Konjunktiva	6
27	5-131.60	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation mit Implantat: Mit Abfluss unter die Bindehaut	6
28	5-158.16	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Medikamente	6
29	5-149.0	Andere Operationen an der Linse: Einführung eines Kapselspannrings	6
30	5-149.21	Andere Operationen an der Linse: Sonderform der Intraokularlinse: Torische Intraokularlinse	5

B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-983	Reoperation	422
2	5-125	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik	293
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	254
4	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	166
5	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	131
6	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	103
7	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	65
8	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	48
9	5-137	Andere Operationen an der Iris	36
10	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	34

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	AUGEN-OP-ZENTRUM IM ROTKREUZKLINIKUM MÜNCHEN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	1
Fälle je Anzahl:	594,0

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)

1	Augenheilkunde
---	----------------

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00
---------	------

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[11].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[12] Belegabteilung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegabteilung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[12].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Axel Behnisch, Belegarzt
Telefon:	089 1303 0
Fax:	
E-Mail:	rotkreuzklinikum-muenchen@swmbrk.de
Name/Funktion:	Dr. med. Rainer Jund, Belegarzt
Telefon:	089 1303 0
Fax:	
E-Mail:	rotkreuzklinikum-muenchen@swmbrk.de

B-[12].1.3 Weitere Zugänge

B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
3	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
5	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
6	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
7	Transnasaler Verschluss von Liquoristeln
8	Spezialsprechstunde
9	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
10	Endoskopie <i>der oberen Atemwege</i>
11	Schnarchoperationen
12	Laserchirurgie
13	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen

B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	73
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	51
2	J32.4	Chronische Pansinusitis	9
3	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	< 4
4	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
5	C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	< 4
6	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	< 4
8	J33.0	Polyp der Nasenhöhle	< 4

B-[12].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[12].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	51
2	J32.4	Chronische Pansinusitis	9
3	C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	< 4
4	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	< 4
5	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
6	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	< 4
7	J33.0	Polyp der Nasenhöhle	< 4
8	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	< 4

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	49
2	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	33
3	1-699.0	Andere diagnostische Endoskopie durch Punktion, Inzision und intraoperativ: Endoskopie der Nasennebenhöhlen	19
4	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	16
5	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	16
6	5-224.4	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal	4
7	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	4
8	5-214.5	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur ohne Resektion	4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-294.4	Andere Rekonstruktionen des Pharynx: (Uvulo-)Palatopharyngoplastik	3
10	5-181.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	2
11	5-984	Mikrochirurgische Technik	2
12	5-985.2	Lasertechnik: Dioden-Laser	2
13	5-217.1	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Nasenflügel	2
14	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	1
15	5-903.75	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Hals	1
16	5-182.0	Resektion der Ohrmuschel: Partiiell	1
17	5-186.1	Plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel: Mit Galea-Lappen	1

B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	53
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	53
3	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	20
4	1-699	Andere diagnostische Endoskopie durch Punktion, Inzision und intraoperativ	19
5	5-294	Andere Rekonstruktionen des Pharynx	< 4
6	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	< 4
7	5-984	Mikrochirurgische Technik	< 4
8	5-985	Lasertechnik	< 4
9	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	< 4
10	5-182	Resektion der Ohrmuschel	< 4

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	HNO- SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	2
Fälle je Anzahl:	36,5

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)

1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
---	---------------------------

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG

1	Allergologie
2	Ärztliches Qualitätsmanagement
3	Schlafmedizin

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 0,00

**Fälle je
Anzahl:** 0,0

B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[12].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[13] Belegabteilung Hämatooklogie

B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegabteilung Hämatooklogie
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

B-[13].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Privatdozent Dr. med. habil. Oliver J. Stötzer, Belegarzt
Telefon:	089 461355210
Fax:	089 461355215
E-Mail:	team-winthirstrasse@vivaq-mvz.de
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Christoph Salat, Belegarzt
Telefon:	089 461355210
Fax:	089 461355215
E-Mail:	team-winthirstrasse@vivaq-mvz.de

B-[13].1.3 Weitere Zugänge

B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
3	Interdisziplinäre Tumornachsorge
4	Palliativmedizin
5	Schmerztherapie

B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	8
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
2	C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	< 4
3	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
4	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	< 4
5	D46.7	Sonstige myelodysplastische Syndrome	< 4
6	R11	Übelkeit und Erbrechen	< 4
7	R50.88	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber	< 4
8	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[13].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[13].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
2	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	< 4
3	R11	Übelkeit und Erbrechen	< 4
4	R50.8	Fieber unbekannter Ursache	< 4
5	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	< 4
6	D46.7	Sonstige myelodysplastische Syndrome	< 4
7	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
8	C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	< 4

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	3
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2
3	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	1
4	8-144.1	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	1
5	6-006.b	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Brentuximabvedotin, parenteral	1
6	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	1

B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	< 4
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
3	8-547	Andere Immuntherapie	< 4
4	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
5	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	< 4
6	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	< 4

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MEDIZINISCHES ZENTRUM FÜR HÄMATOLOGIE UND ONKOLOGIE MÜNCHEN (MVZ)
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

1	MEDIZINISCHES ZENTRUM FÜR HÄMATOLOGIE UND ONKOLOGIE MÜNCHEN (MVZ)
	Winthirstr. 7

B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[13].11 Personelle Ausstattung

B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	2
Fälle je Anzahl:	4,0

B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[13].11.2 Pflegepersonal

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00
---------	------

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
	Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[13].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[14] Belegabteilung Innere Medizin Schlaflabor

B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegabteilung Innere Medizin Schlaflabor
Straße:	Nymphenburger Straße
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

B-[14].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Klaus Storck, Belegarzt
Telefon:	089 45219121
Fax:	
E-Mail:	info@dr-storck.de

B-[14].1.3 Weitere Zugänge

B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Schlaflabor zur Abklärung schlafbezogener Atemstörungen

B-[14].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	71
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	G47.38	Sonstige Schlafapnoe	69
2	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	< 4

B-[14].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[14].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	G47.3	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	71

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie	77
2	8-716.00	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Ersteinstellung: Nicht invasive häusliche Beatmung	61
3	8-716.10	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Nicht invasive häusliche Beatmung	9
4	8-717.0	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Ersteinstellung	2
5	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	1

B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie	77
2	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	70
3	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	< 4
4	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	< 4

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	LUNGENÄRZTE AM ROTKREUZPLATZ MÜNCHEN
	Belegarztpraxis am Krankenhaus
	Volkartstraße 5

B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	1
Fälle je Anzahl:	71,0

B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
	<i>Zusatzbezeichnung Somnologie und Teilgebietsbezeichnung Pneumologie</i>

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[14].11.2 Pflegepersonal

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[14].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[15] Gynäkologie (Abt. Senologie, Abt. Allg. Gyn. und Urogynäkologie, Abt. Gyn. Onkologie und Minimalinvasive Chirurgie)

B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Gynäkologie (Abt. Senologie, Abt. Allg. Gyn. und Urogynäkologie, Abt. Gyn. Onkologie und Minimalinvasive Chirurgie)
Straße:	Taxisstraße
Hausnummer:	3
PLZ:	80637
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2425) Frauenheilkunde

B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Braun, Chefarzt
Telefon:	089 1303 3797
Fax:	089 1303 3623
E-Mail:	anne.andrulat@swmbrk.de

Name/Funktion:	PD Dr. med. Martin Pölcher, Chefarzt
Telefon:	089 1303 3797
Fax:	089 1303 3623
E-Mail:	anne.andrulat@swmbrk.de

Name/Funktion:	Dr. med. Christine Ankel, Leitende Ärztin
Telefon:	089 1303 3797
Fax:	089 1303 3623
E-Mail:	anne.andrulat@swmbrk.de

Name/Funktion:	Dr. med. Claus Hanusch, Leitender Arzt Onkologische Tagesklinik
Telefon:	089 1303 3810
Fax:	089 1303 3445

B-[15].1.3 Weitere Zugänge

B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
2	Palliativmedizin
3	Schmerztherapie
4	Tumorchirurgie
5	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
6	Mammachirurgie
7	Spezialsprechstunde <i>Brustsprechstunde, Gynäkologische Sprechstunde, Zweitmeinungssprechstunde, Plastische Brust-Sprechsstunde, prästationäre Sprechstunde, Dysplasiesprechstunde</i>
8	Urogynäkologie <i>Urodynamischer Messplatz, komplette urogynäkologische Diagnostik, Blasenspiegelung, spannungsfreie Bandeinlage (TVT), klassische abdominale und vaginale OP-Techniken (z.B. Burch Operation, etc.)</i>
9	Onkologische Tagesklinik <i>Angebot modernster System-, Chemo- und Antikörpertherapien. Teilnahme an nationalen und internationalen Studien</i>
10	Psychoonkologie <i>Einzelgespräche zur Bewältigung konkreter Belastungen, Krisenintervention, Paar-, Familien- und Angehörigengespräche, Stressbewältigung, Entspannungsverfahren, Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Angebote zu Sport und Krebs, tel. Sprechstunde, Gesprächsgruppen</i>
11	Intraoperative Bestrahlung <i>IORT</i>
12	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie <i>Sämtliche Verfahren onkologischer und onkoplastischer Operationen (inkl. DIEP, Latissimus dorsi, Expander, Prothetik), Reduktionsplastiken, Mamillenrekonstruktion werden am Zentrum angeboten</i>
13	Gynäkologische Chirurgie <i>Myomentfernung, totale und suprazervikale Gebärmutterentfernung, Eileiter-/Eierstockentfernung, Behandlung bei Gebärmutter-/Blasensenkung</i>
14	Inkontinenzchirurgie <i>Descensus-Chirurgie, Sakrospinale Fixation nach Amreich Richter, spannungsfreie Bandeinlage (TVT, TOT), klassische Inkontinenzchirurgie (Burch-Operation)</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
15	<p>Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren</p> <p><i>DKG-zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum, Stadiengerechte Therapie gynäkologischer Tumore (Ovar, Corpus, Cervix, Vagina und Vulva) inkl. Debulkingoperationen, laparoskopischer radikaler Hysterektomien, pelvine und paraaort. Lymphonodektomien, Sentinellymphonodektomien</i></p>
16	<p>Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>DKG/DGS-zertifiziertes Brustzentrum, interdisziplinäre Tumorkonferenzen, ablativ und brusterhaltende Therapie, Wächterlymphknotenentfernung, plastisch-rekonstruktive Verfahren, fertilitätserhaltende Maßnahmen (i.R. von Fertiprotect), moderne Therapiekonzepte auch i. R. internationaler Studien</i></p>
17	<p>Minimalinvasive laparoskopische Operationen</p> <p><i>Onkologische Operationen, laparoskopische Hysterektomie (total und suprazervikal), Eierstockentfernung, Myomentfernung, Ovarteilresektion zur Kryokonservierung bei nicht abgeschlossener Familienplanung vor Chemotherapie</i></p>
18	<p>Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes</p> <p><i>Medikamentöse und operative Therapie der Endometriose, Korrektur von Malformationen, Lasertherapie</i></p>
19	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse</p> <p><i>Fischertisch zur stereotaktischen mammographischen Vakuumsaugbiopsie, Mammographie- Doppelbefundung, Behandlung bei Brustdrüsenentzündungen</i></p>
20	<p>Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane</p> <p><i>Condylome/Papillome, Lasertherapie, konservative und operative Behandlung</i></p>
21	<p>Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>präoperative Stanz- und Vakuumsaugbiopsien, digitale Vollfeld-Mammographie mit Tomosynthese, Tumorexzisionen und Möglichkeit operativer Schnellschnittdiagnostik, Exzisionen nach präoperativer Draht- und Farbmarkierung, Korrektur angeborener Brustfehlbildungen</i></p>

B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2587
Teilstationäre Fallzahl:	655

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	554
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	281
3	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	165
4	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	141
5	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	115
6	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	74
7	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	69
8	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	66

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	60
10	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	45
11	N84.0	Polyp des Corpus uteri	44
12	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	44
13	C54.8	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	41
14	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	41
15	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	36
16	O00.1	Tubargravidität	34
17	N80.1	Endometriose des Ovars	32
18	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	30
19	N83.1	Zyste des Corpus luteum	28
20	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	25
21	N95.0	Postmenopausenblutung	25
22	N80.0	Endometriose des Uterus	22
23	T85.82	Kapsel Fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	20
24	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	17
25	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	17
26	N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	16
27	T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	16
28	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	16
29	O03.4	Spontanabort: Inkomplett, ohne Komplikation	15
30	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	15

B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1012

B-[15].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	554
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	281
3	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	165

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
4	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	141
5	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	115
6	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	74
7	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	69
8	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	66
9	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	60
10	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	45
11	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	44
12	N84.0	Polyp des Corpus uteri	44
13	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	41
14	C54.8	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	41
15	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	36
16	O00.1	Tubargravidität	34
17	N80.1	Endometriose des Ovars	32
18	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	30
19	N83.1	Zyste des Corpus luteum	28
20	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	25
21	N95.0	Postmenopausenblutung	25
22	N80.0	Endometriose des Uterus	22
23	T85.8	Kapselprothese der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	22
24	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	17
25	Z40.0	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen	17
26	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	17
27	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	16
28	T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	16
29	N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	16
30	O03.4	Spontanabort: Inkomplett, ohne Komplikation	15

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	560
2	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	541
3	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	528
4	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	240
5	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	140
6	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	130
7	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	112
8	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	108
9	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	106
10	5-983	Reoperation	86
11	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	85
12	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	83
13	5-406.12	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	83
14	5-889.6	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Hautexpanders	80
15	5-886.70	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral: Ohne gewebeverstärkendes Material	69
16	5-683.03	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	60
17	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	57
18	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	56
19	5-889.50	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Ohne gewebeverstärkendes Material	55
20	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	54

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	5-877.20	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen	53
22	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	53
23	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	51
24	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	49
25	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	48
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	44
27	5-401.13	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	44
28	5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	43
29	5-406.10	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Ohne Zuordnung eines Levels	42
30	1-559.4	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision: Peritoneum	41

B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	956
2	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	685
3	3-709	Szintigraphie des Lymphsystems	560
4	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	208
5	5-889	Andere Operationen an der Mamma	195
6	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	174
7	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	156
8	5-653	Salpingoovariektomie	152
9	5-661	Salpingektomie	147

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

2	SENOLOGIE, GYNÄKOLOGISCHE ONKOLOGIE & SPEZIELLE OPERATIVE GYNÄKOLOGIE TAXISSTRASSE GMBH
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	135
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	127
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	96
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	17
5	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	14
6	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	8
7	5-671	Konisation der Cervix uteri	8
8	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	6
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4
10	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4

B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	18,36	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	18,36	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	18,36
Versorgungsform:		Fälle je Anzahl:	140,9	

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	10,69
---------	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,69	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 10,69
		Fälle je Anzahl: 242,0

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumortherapie

B-[15].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 34,28

inklusive OP-Pflege (Gyn.-OP)

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 33,28	Ohne: 1,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 34,28
		Fälle je Anzahl: 75,5

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,03

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,03	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,03
		Fälle je Anzahl: 2511,7

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,73		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,73	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,73
			Fälle je Anzahl: 3543,8

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,58		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,58	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,58
			Fälle je Anzahl: 4460,3

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 1,00
			Fälle je Anzahl: 2587,0

B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege in der Onkologie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung
5	Casemanagement

B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Palliative Care
2	Breast Care Nurse

B-[15].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[16] Geburtshilfe

B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Geburtshilfe
Straße:	Taxisstraße
Hausnummer:	3
PLZ:	80637
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2490) Frauenheilk./Geburtshilfe/ohne Diff. nach Schwerp. (II)

B-[16].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. Nikolaus von Obernitz, Chefarzt
Telefon:	089 1303 3610
Fax:	089 1578944
E-Mail:	fk.geburtshilfe@swmbrk.de

B-[16].1.3 Weitere Zugänge

B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Gynäkologische Chirurgie
2	Pränataldiagnostik und -therapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
3	Urogynäkologie <i>Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft e. V.</i>
4	Endoskopische Operationen
5	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
7	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes <i>HELLP, Präeklampsie, vorzeitige Wehen, vorzeitiger Blasensprung, mütterliche Erkrankungen, Cervixinsuffizienz, Cerclage, Pessartherapie, Behandlung und Diagnostik gynäkologischer Erkrankungen in der Schwangerschaft (z.B. Ovarialtumore, Myome)</i>
9	Betreuung von Risikoschwangerschaften <i>Geburtshilfliche Betreuung, auch in Risikokonstellationen (u.a. Gestations-diabetes, Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie, Wachstumsretardierung, Mehrlingsschwangerschaften, etc.) Sonographie/Dopplersonographie, fetale Echokardiographie</i>
10	Familienorientierte geburtshilfliche Betreuung <i>Geburtshilfe "sanft und sicher", schmerzarme Geburt, risikoangepasste Betreuung, Betreuung von Mehrlingsgeburten, Wassergeburt, Gebärhocker-/Matte, Elternzentrum, Homöopathie und Akupunktur, 24-Stunden Kinderarztpräsenz,</i>
11	Ambulante Entbindung
12	Geburtshilfliche Operationen <i>"sanfter" Kaiserschnitt (Misgav Ladach), Wunschkaiserschnitt, Vakuumentbindung, vaginale Beckenendlageentbindung, äußere Wendung, Operationen am Gebärmutterhals und Muttermund bei drohender Frühgeburt (Cerclage, Muttermundverschluss)</i>
13	Spezialsprechstunde <i>Sprechstunde zur Geburtsanmeldung, Sprechstunde für Risikoschwangerschaft, Schwangeren-Diabetessprechstunde, "Teenager"-Sprechstunde", VBAC-Sprechstunde: Spontangeburt nach Kaiserschnitt</i>

B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	7506
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	2921
2	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	714
3	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	445
4	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	336

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	O48	Übertragene Schwangerschaft	314
6	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	250
7	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	131
8	O80	Spontangeburt eines Einlings	119
9	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	112
10	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	96
11	O34.30	Betreuung der Mutter bei vaginalsonographisch dokumentierter Zervixlänge unter 10 mm oder Trichterbildung	89
12	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	89
13	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	82
14	O36.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung	82
15	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	78
16	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	67
17	Z38.3	Zwilling, Geburt im Krankenhaus	64
18	O34.38	Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz	62
19	O74.6	Sonstige Komplikationen bei Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung	61
20	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	59
21	O14.0	Leichte bis mäßige Präeklampsie	59
22	O41.0	Oligohydramnion	58
23	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	58
24	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	48
25	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	47
26	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	46
27	O42.11	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen	46
28	O99.6	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	35
29	P07.12	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm	32
30	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	30

B-[16].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	2990

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	O42	Vorzeitiger Blasensprung	781
3	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	498
4	Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	445
5	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	410
6	O48	Übertragene Schwangerschaft	314

B-[16].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	2921
2	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	714
3	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	445
4	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	336
5	O48	Übertragene Schwangerschaft	314
6	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	250
7	O34.3	Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps	156
8	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	131
9	O80	Spontangeburt eines Einlings	119
10	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	112
11	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	96
12	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	89
13	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	82
14	O36.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung	82
15	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	78
16	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	67

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
17	Z38.3	Zwilling, Geburt im Krankenhaus	64
18	O74.6	Sonstige Komplikationen bei Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung	61
19	O14.0	Leichte bis mäßige Präeklampsie	59
20	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	59
21	O41.0	Oligohydramnion	58
22	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	58
23	O26.8	Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft	56
24	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	48
25	O42.1	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen	46
26	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	46
27	O99.6	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	35
28	P07.1	Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht	32
29	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	30
30	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	28

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	2940
2	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	2415
3	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	2232
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	1277
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	1145
6	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	938
7	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	868
8	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	862

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	640
10	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	545
11	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	531
12	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	522
13	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	350
14	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	347
15	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	329
16	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	328
17	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	245
18	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	235
19	5-728.1	Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte	154
20	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	114
21	9-280.0	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage	109
22	5-728.x	Vakuumentbindung: Sonstige	106
23	8-515	Partus mit Manualhilfe	91
24	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	78
25	5-756.0	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Manuell	78
26	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	72
27	5-758.5	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva und Naht des Sphincter ani	64
28	5-657.70	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Offen chirurgisch (abdominal)	59
29	5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang	44
30	5-657.60	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Offen chirurgisch (abdominal)	35

B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	3094
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	3018
3	9-500	Patientenschulung	2415
4	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	2033

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	1277
6	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	1145
7	5-749	Andere Sectio caesarea	1004
8	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	938
9	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	640
10	5-740	Klassische Sectio caesarea	595

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS
	Belegarztpraxis am Krankenhaus
	LEISTUNGEN:
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[16].11 Personelle Ausstattung

B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	18,67	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 18,67	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	18,67
		Fälle je Anzahl:	402,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,36
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,36	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 6,36
		Fälle je Anzahl: 1180,2

B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Psychotherapie - fachgebunden -
2	Naturheilverfahren

B-[16].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	18,70		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 18,70	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 18,70	
		Fälle je Anzahl: 401,4	

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	14,22		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 13,60	Ohne: 0,62	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 14,22	
		Fälle je Anzahl: 527,8	

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,71		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,71	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 2,71
			Fälle je Anzahl: 2769,7

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	6,18		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,18	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 6,18
			Fälle je Anzahl: 1214,6

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen:	33
Fälle je Anzahl:	227,5

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,23		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,23	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,23
			Fälle je Anzahl: 32634,8

B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor <i>Pflege- und Gesundheitsmanagement, Pflegewissenschaft</i>
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Still- und Laktationsberatung

B-[16].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[17] Neonatologie (Neugeborenen-Intensiv)

B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Neonatologie (Neugeborenen-Intensiv)
Straße:	Taxisstraße
Hausnummer:	3
PLZ:	80637
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1200) Neonatologie

B-[17].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Jochen Peters, Chefarzt
Telefon:	089 1303 3690
Fax:	089 1303 3696
E-Mail:	Fk.neonat@swmbrk.de

B-[17].1.3 Weitere Zugänge

B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
4	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin <i>Eigene Neugeborenenintensivpflegestation im Haus!</i>
5	Neugeborenencreening <i>Bei jedem Neugeborenen nach Einverständnis der Eltern</i>
6	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
7	Versorgung von Mehrlingen
8	Kooperation <i>Teile der genannten Leistungen erfolgen in Kooperation mit der Kinderklinik III. Orden München</i>
9	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen <i>In Kooperation mit der Kardiologischen Praxis PD Dr. Hauser, sowie dem Deutschen Herzzentrum München</i>
11	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
12	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
13	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
14	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
17	Neonatologie

B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	487
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	P07.12	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm	130
2	P36.8	Sonstige bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	72
3	P28.5	Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen	60
4	P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene	33

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	P07.11	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1250 bis unter 1500 Gramm	21
6	P59.8	Neugeborenenikterus durch sonstige näher bezeichnete Ursachen	18
7	P70.4	Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen	15
8	P22.1	Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	11
9	P22.8	Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	10
10	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	9
11	P28.4	Sonstige Apnoe beim Neugeborenen	8
12	P39.8	Sonstige näher bezeichnete Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	7
13	P29.1	Herzrhythmusstörung beim Neugeborenen	7
14	P59.0	Neugeborenenikterus in Verbindung mit vorzeitiger Geburt	6
15	P07.02	Neugeborenes: Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm	6
16	P07.10	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1000 bis unter 1250 Gramm	6
17	P28.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen der Atmung beim Neugeborenen	5
18	P61.0	Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen	< 4
19	P20.1	Intrauterine Hypoxie, erstmals während Wehen und Entbindung festgestellt	< 4
20	P28.2	Zyanoseanfälle beim Neugeborenen	< 4
21	P25.1	Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode	< 4
22	P24.0	Mekoniumaspiration durch das Neugeborene	< 4
23	P08.0	Übergewichtige Neugeborene	< 4
24	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	< 4
25	Q25.5	Atresie der A. pulmonalis	< 4
26	P55.1	AB0-Isoimmunisierung beim Fetus und Neugeborenen	< 4
27	Q39.1	Ösophagusatresie mit Ösophagotrachealfistel	< 4
28	P07.00	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 500 Gramm	< 4
29	P58.8	Neugeborenenikterus durch sonstige näher bezeichnete gesteigerte Hämolyse	< 4
30	Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction	< 4

B-[17].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[17].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	P07.1	Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht	157

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
2	P36.8	Sonstige bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	72
3	P28.5	Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen	60
4	P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene	33
5	P59.8	Neugeborenenikterus durch sonstige näher bezeichnete Ursachen	18
6	P70.4	Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen	15
7	P22.1	Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	11
8	P22.8	Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	10
9	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	9
10	P28.4	Sonstige Apnoe beim Neugeborenen	8
11	P07.0	Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht	8
12	P29.1	Herzrhythmusstörung beim Neugeborenen	7
13	P39.8	Sonstige näher bezeichnete Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	7
14	P59.0	Neugeborenenikterus in Verbindung mit vorzeitiger Geburt	6
15	P28.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen der Atmung beim Neugeborenen	5
16	P28.2	Zyanoseanfälle beim Neugeborenen	< 4
17	P61.0	Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen	< 4
18	P20.1	Intrauterine Hypoxie, erstmals während Wehen und Entbindung festgestellt	< 4
19	P25.1	Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode	< 4
20	P24.0	Mekoniumaspiration durch das Neugeborene	< 4
21	P08.0	Übergewichtige Neugeborene	< 4
22	Q25.5	Atresie der A. pulmonalis	< 4
23	P55.1	AB0-Isoimmunisierung beim Fetus und Neugeborenen	< 4
24	Q39.1	Ösophagusatresie mit Ösophagoatrachealfistel	< 4
25	Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
26	P58.8	Neugeborenenikterus durch sonstige näher bezeichnete gesteigerte Hämolyse	< 4
27	Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction	< 4
28	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	< 4
29	Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte	< 4
30	Q39.0	Ösophagusatresie ohne Fistel	< 4

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	460
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	457
3	8-010.3	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich	265
4	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	229
5	8-711.00	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]: Bei Neugeborenen (0. bis 28. Lebensstag)	133
6	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	129
7	8-010.x	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Sonstige	121
8	8-560.2	Lichttherapie: Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)	86
9	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	73
10	8-811.0	Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen: Einzelinfusion (1-5 Einheiten)	65
11	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	62
12	8-701	Einfache endotracheale Intubation	36
13	6-003.9	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Surfactantgabe bei Neugeborenen	32
14	8-711.1	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Kontrollierte Beatmung bei Neugeborenen	26
15	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	13
16	8-121	Darmspülung	11
17	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	11

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	8-711.2	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Assistierte Beatmung bei Neugeborenen	10
19	8-900	Intravenöse Anästhesie	8
20	6-004.01	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Palivizumab, parenteral: 30 mg bis unter 45 mg	6
21	8-714.1	Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen: Oszillationsbeatmung	6
22	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	6
23	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	6
24	6-004.02	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Palivizumab, parenteral: 45 mg bis unter 60 mg	3
25	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	3
26	8-920	EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h	3
27	1-944.2	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen: Mit Chromosomenanalyse (Zytogenetische Diagnostik)	2
28	8-800.f0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat	2
29	8-810.w0	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 2,5 g bis unter 5 g	2
30	5-249.6	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen: Anpassung einer Gaumenplatte	2

B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	471
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	457
3	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	386
4	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	364
5	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	173
6	8-560	Lichttherapie	86
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	73
8	8-811	Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen	65
9	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	62
10	8-701	Einfache endotracheale Intubation	36

B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	8,70	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,70	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	8,70
		Fälle je Anzahl:	56,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	6,00
		Fälle je Anzahl:	81,2

B-[17].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Kinder- und Jugendmedizin
2	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie

B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[17].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 3,76

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,76 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,76
Fälle je Anzahl: 129,5

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 12,31

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 10,48 **Ohne:** 1,83

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 12,31
Fälle je Anzahl: 39,6

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,77

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,77 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,77
Fälle je Anzahl: 632,5

B-[17].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTEN FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

1 Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

2 Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

3 Hygienebeauftragte in der Pflege

4 Praxisanleitung

5 Bachelor

Pflegepädagogik

B-[17].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

1 Still- und Laktationsberatung

B-[17].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[18] Plastische und Ästhetische Chirurgie

B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Plastische und Ästhetische Chirurgie
Straße:	Taxisstraße (seit Juni 2018 Nymphenburgerstr.)
Hausnummer:	163
PLZ:	80634
Ort:	München
URL:	http://www.psc-munich.com

B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[18].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Jürgen Schaff, Leitender Arzt
Telefon:	089 1303 4110
Fax:	089 1303 4115
E-Mail:	info@psc-munich.com

B-[18].1.3 Weitere Zugänge

B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Mammachirurgie
2	Genitalchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Weibliche Genitalchirurgie (z. B. Schamlippenverkleinerung, Nymphoplastik, Vaginoplastik, Scheidenstaffung), männliche Genitalchirurgie (z. B. Größenkorrektur des Penis), Geschlechtsangleichende Chirurgie

3	Qualitätszirkel für Transsexualismus
	<i>Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Reflexion und Weiterentwicklung der derzeitigen Versorgungssituation, Fachgebiete (Psychotherapie, Psychiatrie, Endokrinologie, Urologie, Plastische Chirurgie, HNO-Bereich), Weiterentwicklung der bestehenden Behandlungsstandards. KVB-Registrierung: 63284</i>
4	Chirurgie der peripheren Nerven
5	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
	<i>Brustrekonstruktionen (mit Expander/Implantat, Lappenplastik mit Eigengewebe/freier Gewebettransfer/Mikrochirurgie z.B. vom Unterbauch) und Brustwarzenrekonstruktionen, Tumorchirurgie (Hauttumor, Muttermale, Basaliom, Melanom), Weichteilsarkomchirurgie mit Sofortrekonstruktionen, Narbenkorrekturen</i>
6	Portimplantation & Portexplantationen
7	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
	<i>Face-, Stimlift, Mittelgesichtsstraffung, Augenlidstraffung, Kinnkorrekturen, Brustvergrößerungen, Brustverkleinerungen sowie -straffung, Brustwarzenkorrekturen, Oberarm-, Oberschenkel-, Bauchstraffung, Fettabsaugung, Lippenkorrekturen, Faltenbehandlung (Hyaluronsäure, Eigenfett und Botox)</i>
8	Adipositaschirurgie
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	<i>Dupuytren'sche Kontraktur (strangartige Einziehungen der Finger), Nervenkompressionssyndrome (z. B. Karpaltunnelsyndrom), Weichteiltumore (z.B. Ganglion), Schnellende Finger, Finger- und Handrekonstruktionen, Eingriffe am Carpeum (Handwurzel) z. B. Lunatummalazie, Navicularpseudarthrosen</i>
10	Handchirurgie
	<i>Dupuytren'sche Kontraktur (strangartige Einziehungen der Finger), Nervenkompressionssyndrome (z. B. Karpaltunnelsyndrom), Weichteiltumore (z.B. Ganglion), Schnellende Finger, Finger- und Handrekonstruktionen, Eingriffe am Carpeum (Handwurzel) z. B. Lunatummalazie, Navicularpseudarthrosen</i>
11	Bandrekonstruktionen/Plastiken
12	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
13	Tumorchirurgie

B-[18].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	318
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F64.0	Transsexualismus	255
2	T83.4	Mechanische Komplikation durch sonstige Prothesen, Implantate oder Transplantate im Genitaltrakt	12

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	9
4	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	< 4
5	L73.2	Hidradenitis suppurativa	< 4
6	T83.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt	< 4
7	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
8	I95.2	Hypotonie durch Arzneimittel	< 4
9	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	< 4
10	T85.82	Kapsel Fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	< 4
11	N39.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Harnsystems	< 4
12	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
13	N36.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnröhre	< 4
14	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
15	E65	Lokalisierte Adipositas	< 4
16	M67.44	Ganglion: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	< 4
17	M24.67	Ankylose eines Gelenkes: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
18	L91.0	Hypertrophe Narbe	< 4
19	R33	Harnverhaltung	< 4
20	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
21	N64.4	Mastodynie	< 4
22	M54.4	Lumboischialgie	< 4
23	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	< 4
25	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
26	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	< 4
27	N84.2	Polyp der Vagina	< 4
28	N82.3	Fistel zwischen Vagina und Dickdarm	< 4
29	G57.5	Tarsaltunnel-Syndrom	< 4
30	N36.1	Harnröhrendivertikel	< 4

B-[18].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[18].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	F64.0	Transsexualismus	255
2	T83.4	Mechanische Komplikation durch sonstige Prothesen, Implantate oder Transplantate im Genitaltrakt	12
3	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	9
4	I95.2	Hypotonie durch Arzneimittel	< 4
5	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	< 4
6	T83.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt	< 4
7	L73.2	Hidradenitis suppurativa	< 4
8	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	< 4
9	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	T85.8	Kapsel fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	< 4
11	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
12	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
13	N84.2	Polyp der Vagina	< 4
14	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
15	R33	Harnverhaltung	< 4
16	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
18	N36.1	Harnröhrendivertikel	< 4
19	N82.3	Fistel zwischen Vagina und Dickdarm	< 4
20	N36.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnröhre	< 4
21	E65	Lokalisierte Adipositas	< 4
22	G57.5	Tarsaltunnel-Syndrom	< 4
23	N39.8	Flankenschmerz-Hämaturie-Syndrom	< 4
24	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
25	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	< 4
26	M67.4	Ganglion	< 4
27	L91.0	Hypertrophe Narbe	< 4
28	M24.6	Ankylose eines Gelenkes	< 4
29	M54.4	Lumboischialgie	< 4
30	N36.0	Harnröhrenfistel	< 4

B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-646.1	Operationen zur Geschlechtsumwandlung: Geschlechtstransformation eines Mannes zur Frau	144
2	5-646.0	Operationen zur Geschlechtsumwandlung: Geschlechtstransformation einer Frau zum Mann	121
3	5-713.2	Operationen an der Klitoris: Plastische Rekonstruktion	120
4	5-901.1c	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle: Vollhaut: Leisten- und Genitalregion	117
5	5-716.1	Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums): Plastische Rekonstruktion	117
6	5-902.6c	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Leisten- und Genitalregion	97
7	5-584.7x	Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, einseitig: Sonstige	91
8	5-984	Mikrochirurgische Technik	84
9	5-705.0	Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Mit freiem Hauttransplantat	80
10	5-906.3c	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Leisten- und Genitalregion	80
11	5-705.6	Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Mit gestielter Haut des Penis (Geschlechtsumwandlung)	74
12	5-642.2	Amputation des Penis: Emaskulation	74
13	5-705.2	Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Mit myokutanem Transpositions-lappen	73
14	5-622.1	Orchidektomie: Skrotal, mit Epididymektomie	73
15	5-903.1c	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	67
16	5-057.7	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Leiste und Beckenboden	67
17	5-716.3	Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums): Erweiterungsplastik des Introitus vaginae	61

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	59
19	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	54
20	5-582.0	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	52
21	5-705.7	Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Eröffnungsplastik (bei Gynatresie)	45
22	5-894.1c	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion	44
23	5-643.2	Plastische Rekonstruktion des Penis: (Re-)Konstruktion des Penis	32
24	5-584.8x	Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, zweizeitig, erste Sitzung: Sonstige	29
25	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	22
26	5-911.1c	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Leisten- und Genitalregion	21
27	5-628.4	Implantation, Wechsel und Entfernung einer Hodenprothese: Implantation	20
28	5-902.6e	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Oberschenkel und Knie	17
29	5-613.2	Plastische Rekonstruktion von Skrotum und Tunica vaginalis testis: Konstruktion und/oder Rekonstruktion des Skrotums	16
30	5-649.51	Andere Operationen am Penis: Implantation einer Penisprothese: Hydraulische Prothese	16

B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-705	Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina	273
2	5-646	Operationen zur Geschlechtsumwandlung	265
3	5-716	Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums)	181
4	5-901	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	150
5	5-584	Rekonstruktion der Urethra	145
6	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	139
7	5-713	Operationen an der Klitoris	127
8	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	106
9	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	100
10	5-984	Mikrochirurgische Technik	84

B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[18].11 Personelle Ausstattung

B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	1,67	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,67	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	1,67
		Fälle je Anzahl:	190,4

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	0,67		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,67	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	0,67
		Fälle je Anzahl:	474,6

B-[18].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Plastische und Ästhetische Chirurgie

B-[18].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Handchirurgie
2	Notfallmedizin

B-[18].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	6,80		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,80	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 6,80
			Fälle je Anzahl: 46,8

KRANKENPFLEGEHelfER UND KRANKENPFLEGEHelfERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,53		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,53	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 1,53
			Fälle je Anzahl: 207,8

B-[18].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT E FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[18].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement
2	Wundmanagement

B-[18].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[19] Diagnostische Radiologie

B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Diagnostische Radiologie
Straße:	Taxisstraße
Hausnummer:	3
PLZ:	80637
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie

B-[19].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Karin Hellerhoff, Chefärztin (seit 01.10.2017)
Telefon:	089 1303 3640
Fax:	089 1303 3644
E-Mail:	fk.radiologie@swmbrk.de

B-[19].1.3 Weitere Zugänge

B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Spezialsprechstunde
2	Biopsie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Vakuumbiopsie der Mamma unter stereotaktischer Röntgenkontrollen, Vakuumbiopsie der Mamma unter Ultraschallkontrolle, Stanzbiopsie der Mamma, Stanzbiopsie der Leber

3	Duplexsonographie
4	Native Sonographie
5	Punktionen <i>Mammapunktion, Aszitespunktion, Pleuradrainagen</i>
6	Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Knochen, Lunge, Abdomen, Kontrastuntersuchungen, Mammographie</i>
7	Eindimensionale Dopplersonographie
8	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) <i>Mammographie mit Tomosynthese</i>
9	Phlebographie
10	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
11	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
12	Interventionelle Radiologie

B-[19].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	213

B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[19].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[19].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	611

B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-100	Mammographie	611

B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[19].11 Personelle Ausstattung

B-[19].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAM (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	3,25	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,25	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	3,25
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	2,64		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,64	Ohne:	0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,64
		Fälle je Anzahl: 0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[19].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Radiologie

B-[19].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[19].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,79	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,79	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,79
		Fälle je Anzahl: 0,0

B-[19].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[19].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[19].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[20] Pränatalmedizin

B-[20].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Pränatalmedizin
Straße:	Taxisstraße
Hausnummer:	3
PLZ:	80637
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2591) Geburtshilfe/ohne Diff. nach Schwerpunkten (III)

B-[20].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Karl-Philipp Gloning, Belegarzt
Telefon:	089 1303 3519
Fax:	089 1303 3909
E-Mail:	info@praenatal-medizin.de

B-[20].1.3 Weitere Zugänge

B-[20].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Pränataldiagnostik und -therapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>spez. Pränatale Betreuung und Therapie, Betreuung von Mehrlings- und Risikoschwangerschaften bei mütterlichen und/oder fetalen Erkr., Chorionzottenbiopsie (CVS), Amniocentese (AC), Nabelschnurpunktionen, Intrauterine Eingriffe zur Beh. des Fetus (Intrauterintransfusion, STENT-Einlagen, etc.)</i>
2	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes</p> <p><i>Gynäkologische Operationen in der Schwangerschaft (Entfernung von großen Myomen), operative Behandlung von Ovarialtumoren in der Schwangerschaft, Diagnostik und Therapieempfehlung bei Mammakarzinom in der Schwangerschaft</i></p>
3	<p>Betreuung von Risikoschwangerschaften</p> <p><i>Spez. Betreuung von Hochrisikoschwangerschaften, komplizierten Mehrlingsschwangerschaften, Cerclage und vollständiger Muttermundverschluss, Betreuung und Entbindung bei komplexen fetalen Entwicklungstörungen und bei systemisch kranken Schwangeren, Beendigung der Schwangerschaft bei med. Indikation</i></p>
4	Geburtshilfliche Operationen
5	<p>Humangenetik</p> <p><i>Genetische Beratung bei Kinderwunsch, (wiederholten) Fehlgeburten, genetischen Erkrankungen in d. Familie, über pränatale Diagnostik und Therapie, Chromosomendiagnostik, Array-CGH (vergleich. Genom-Hybridisierung), molekulargenetische Diagnostik, Next-Generation-Sequencing, erblicher Brustkrebs</i></p>
6	<p>Behandlung des Fötus</p> <p><i>Intrauterine Transfusion bei Blutgruppenunverträglichkeit und Thrombozytopenie, direkte medikamentöse Behandlung bei fetalen Herzrhythmusstörungen und bei speziellen Viruserkrankungen (CMV), Kathetereinlage (Stent) in fetale Blase und Pleurahöhle, Cord coagulation</i></p>
7	<p>Diagnostische Punktionen</p> <p><i>Chorionzottenbiopsie, Plazentabiopsie, Amniozentese, Nabelschnurpunktion, Organpunktion, invasive Diagnostik bei Mehrlingen, Fetoskopie</i></p>
8	<p>Pränatale sonographische Diagnostik</p> <p><i>Diag. im I. Trimenon (Screening fetaler Entwicklungstörungen (Trisomie) und Einschätzung maternaler Risiken (Präeklampsie)), fetale Kardiologie, spez. Diagnostik bei Skelettdysplasie d. Fetus, Zentrum für Diag. und Behand. fetaler Zwerchfelhernien, Doppler-, 3D/4D-Sonographie, DEGUM III - Zentrum</i></p>

B-[20].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 679

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	O04.4	Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	194
2	O35.8	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Fetus	61
3	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	39
4	O34.30	Betreuung der Mutter bei vaginalsonographisch dokumentierter Zervixlänge unter 10 mm oder Trichterbildung	36
5	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	34

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	O34.38	Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz	29
7	O36.1	Betreuung der Mutter wegen sonstiger Isoimmunisierung	24
8	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	22
9	O36.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung	22
10	O35.0	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Fetus	17
11	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	14
12	O47.0	Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen	13
13	O35.1	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Chromosomenanomalie beim Fetus	12
14	O40	Polyhydramnion	12
15	O30.0	Zwillingsschwangerschaft	10
16	O36.0	Betreuung der Mutter wegen Rhesus-Isoimmunisierung	10
17	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	9
18	O98.5	Sonstige Viruskrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	7
19	O30.1	Drillingsschwangerschaft	6
20	O43.0	Transplazentare Transfusionssyndrome	5
21	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	4
22	O14.1	Schwere Präeklampsie	4
23	O42.22	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn nach Ablauf von mehr als 7 Tagen	4
24	O14.0	Leichte bis mäßige Präeklampsie	4
25	O20.0	Drohender Abort	< 4
26	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	< 4
27	O14.2	HELLP-Syndrom	< 4
28	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	< 4
29	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	< 4
30	O34.31	Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps	< 4

B-[20].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[20].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	O04.4	Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	194

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
2	O34.3	Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps	68
3	O35.8	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Fetus	61
4	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	39
5	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	34
6	O36.1	Betreuung der Mutter wegen sonstiger Isoimmunisierung	24
7	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	22
8	O36.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung	22
9	O35.0	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Fetus	17
10	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	14
11	O47.0	Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen	13
12	O40	Polyhydramnion	12
13	O35.1	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Chromosomenanomalie beim Fetus	12
14	O30.0	Zwillingsschwangerschaft	10
15	O36.0	Betreuung der Mutter wegen Rhesus-Isoimmunisierung	10
16	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	9
17	O42.2	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie	8
18	O98.5	Sonstige Viruskrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	7
19	O30.1	Drillingsschwangerschaft	6
20	O43.0	Transplazentare Transfusionssyndrome	5
21	O14.0	Leichte bis mäßige Präeklampsie	4
22	O14.1	Schwere Präeklampsie	4
23	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	4
24	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	< 4
25	O14.2	HELLP-Syndrom	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
26	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	< 4
27	O60.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung	< 4
28	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	< 4
29	O20.0	Drohender Abort	< 4
30	O34.8	Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Beckenorgane	< 4

B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	216
2	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	112
3	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	81
4	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	73
5	5-753.2	Therapeutische Amniozentese [Amnionpunktion]: Fetozid	64
6	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	50
7	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	46
8	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	42
9	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	39
10	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	36
11	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	36
12	5-674.0	Rekonstruktion der Cervix uteri in der Gravidität: Cerclage	33
13	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	24
14	5-753.x	Therapeutische Amniozentese [Amnionpunktion]: Sonstige	23
15	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	22
16	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	16
17	8-810.w7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 55 g bis unter 65 g	15
18	5-679.0	Andere Operationen an der Cervix uteri: Entfernung von Cerclagematerial	15
19	9-280.2	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 14 bis höchstens 27 Tage	13
20	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	13
21	5-756.0	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Manuell	11

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	9-280.0	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage	11
23	9-280.1	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 7 bis höchstens 13 Tage	10
24	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	9
25	5-754.0	Intrauterine Therapie des Feten: Transfusion	8
26	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	8
27	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	8
28	5-753.1	Therapeutische Amniozentese [Amnionpunktion]: Mit Nabelschnurpunktion	7
29	9-280.3	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 28 Tage bis höchstens 55 Tage	7
30	5-753.0	Therapeutische Amniozentese [Amnionpunktion]: Mit anschließender Auffüllung	7

B-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	219
2	9-500	Patientenschulung	112
3	5-753	Therapeutische Amniozentese [Amnionpunktion]	101
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	81
5	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	73
6	5-740	Klassische Sectio caesarea	72
7	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	50
8	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	46
9	5-749	Andere Sectio caesarea	45
10	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	44

B-[20].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRÄNATALSPRECHSTUNDE
	Belegarztpraxis am Krankenhaus
	Montag und Donnerstag von 8 Uhr bis 19 Uhr, Dienstag und Mittwoch von 8 Uhr bis 16 Uhr, Freitag von 8 Uhr bis 14 Uhr.

B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	11

B-[20].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[20].11 Personelle Ausstattung

B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,48	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,48
		Fälle je Anzahl: 458,8
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,48	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,48
		Fälle je Anzahl: 458,8

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	4
Fälle je Anzahl:	169,8

B-[20].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEBEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Humangenetik
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

B-[20].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[20].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 10,71

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 10,71 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 10,71
Fälle je Anzahl: 63,4

PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen: 4

Fälle je Anzahl: 169,8

B-[20].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

1 Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

2 Hygienebeauftragte in der Pflege

3 Praxisanleitung

B-[20].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[20].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[21] Belegabteilung Gynäkologie

B-[21].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegabteilung Gynäkologie
Straße:	Taxisstraße
Hausnummer:	3
PLZ:	80637
Ort:	München
URL:	http://www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

B-[21].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2490) Frauenheilk./Geburtshilfe/ohne Diff. nach Schwerp. (II)

B-[21].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Wolfram Albert, Belegarzt
Telefon:	089 26022580
Fax:	
E-Mail:	frauenklinik@swmbrk.de
Name/Funktion:	Dr. med. Georgias Georgarakis, Belegarzt
Telefon:	089 54075445
Fax:	
E-Mail:	frauenklinik@swmbrk.de
Name/Funktion:	Dott. (Univ. Pisa) Thomas Kästner, Belegarzt
Telefon:	089 223787
Fax:	
E-Mail:	frauenklinik@swmbrk.de
Name/Funktion:	Dr. med. Frank-Dietrich Deininger, Belegarzt
Telefon:	089 162021
Fax:	
E-Mail:	frauenklinik@swmbrk.de

B-[21].1.3 Weitere Zugänge

B-[21].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[21].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Betreuung von Risikoschwangerschaften
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
3	Geburtshilfliche Operationen
4	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
5	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
6	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
7	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
8	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
9	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

B-[21].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	377
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[21].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	94
2	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	33
3	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	32
4	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	18
5	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	10
7	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	8
8	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	7
9	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	6
10	N80.0	Endometriose des Uterus	6
11	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	6
12	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	5
13	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	5
14	Z38.3	Zwilling, Geburt im Krankenhaus	5
15	O48	Übertragene Schwangerschaft	5
16	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	4
17	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	4
18	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	4
19	O41.0	Oligohydramnion	4
20	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	4
21	N83.1	Zyste des Corpus luteum	< 4
22	O80	Spontangeburt eines Einlings	< 4
23	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	< 4
24	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	< 4
25	N70.1	Chronische Salpingitis und Oophoritis	< 4
26	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	< 4
27	O34.30	Betreuung der Mutter bei vaginalsonographisch dokumentierter Zervixlänge unter 10 mm oder Trichterbildung	< 4
28	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	< 4
29	P07.12	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm	< 4
30	O33.4	Betreuung der Mutter wegen Missverhältnis bei kombinierter mütterlicher und fetaler Ursache	< 4

B-[21].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[21].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	94

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
2	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	33
3	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	32
4	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	18
5	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	13
6	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	10
7	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	8
8	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	7
9	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	6
10	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	6
11	N80.0	Endometriose des Uterus	6
12	O48	Übertragene Schwangerschaft	5
13	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	5
14	Z38.3	Zwilling, Geburt im Krankenhaus	5
15	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	5
16	O41.0	Oligohydramnion	4
17	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	4
18	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	4
19	O34.3	Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps	4
20	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	4
21	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	4
22	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	< 4
23	O80	Spontangeburt eines Einlings	< 4
24	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	< 4
25	O33.4	Betreuung der Mutter wegen Missverhältnis bei kombinierter mütterlicher und fetaler Ursache	< 4
26	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
27	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	< 4
28	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	< 4
29	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	< 4
30	N70.1	Chronische Salpingitis und Oophoritis	< 4

B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	122
2	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	85
3	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	70
4	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	59
5	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	43
6	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	42
7	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	42
8	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	38
9	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	32
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	31
11	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	29
12	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	23
13	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	23
14	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	21
15	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	18
16	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	17
17	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	16
18	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	15
19	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	15
20	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	14

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	5-657.60	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Offen chirurgisch (abdominal)	13
22	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	12
23	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	12
24	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	10
25	5-683.00	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	10
26	5-661.60	Salpingektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)	9
27	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	9
28	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	7
29	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	7
30	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	7

B-[21].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	129
2	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	127
3	5-749	Andere Sectio caesarea	96
4	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	70
5	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	64
6	9-500	Patientenschulung	59
7	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	42
8	5-740	Klassische Sectio caesarea	41
9	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	31
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	31

B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[21].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	5-657	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
3	5-661	Salpingektomie	< 4

B-[21].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[21].11 Personelle Ausstattung

B-[21].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	4
Fälle je Anzahl:	94,3

B-[21].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[21].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[21].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Patienten dieser Fachrichtung werden auf den interdisziplinären Pflegestationen medizinisch und pflegerisch versorgt.

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

B-[21].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[21].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[21].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	73	100
2	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	16	106,3
3	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	10	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	19	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	Anzahl Berichte mit Fallzahl-Datenschutz: 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 100 obere Grenze: 100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/Explantation (09/6)	Anzahl Berichte mit Fallzahl-Datenschutz: 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 100 obere Grenze: 100
7	Karotis-Revaskularisation (10/2)	20	100
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	614	101,1
9	Geburtshilfe (16/1)	3682	100
10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	66	100
11	Mammachirurgie (18/1)	1214	100,7
12	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	107 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Daten 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 100 obere Grenze: 100
13	Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	83	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
14	Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	74	100
15	Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	10	100
16	Knieendoprothesenversorgung (KEP)	34	100
17	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	30	96,7
18	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	5	120
19	Neonatologie (NEO)	459	110,9
20	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	188	101,6

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

C-1.2.A.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Rotkreuzklinikum München 01"

C-1.2 A.1.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>	
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 5 %</p>	
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,00 % (Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,77 % - 0,9 %</p>	
<p>FALLZAHL</p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>73</p>	
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>	
<p>2</p>	<p>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>51191</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 6,49 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,56
Grundgesamtheit	73

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

3

Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden

Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
--------------------------	--

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	96,18 % - 99,41 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	261
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	265

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

4 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde

Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
--------------------------	---

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,33 % - 1,5 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

5	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags	
	Kennzahl-ID	54139
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	88,3 % - 98,55 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	71
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem
---	---

Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Vertrauensbereich	94,87 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	71
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	71

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
--	--

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

7		Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte	
Kennzahl-ID		54141	
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Vertrauensbereich		94,87 % - 100 %	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt		-1	
Referenzbereich		Nicht definiert	
Vertrauensbereich		96,27 % - 96,54 %	
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse		71	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		71	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Ergebnis im Berichtsjahr		N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	

8		Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte	
Kennzahl-ID		54142	
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,13 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,17 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	71
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
9	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte
Kennzahl-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 5,13 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
 Referenzbereich = 10,00 % (Toleranzbereich)
 Vertrauensbereich 1,58 % - 1,77 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
 Erwartete Ereignisse -
 Grundgesamtheit 71

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
 Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

10

Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID 1096
 Leistungsbereich Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
 Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
11	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Kennzahl-ID	51398
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
12 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	90,23 % - 99,67 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	97,67 % - 97,88 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	53
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	54
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

13 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID	1089
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,57 % - 0,87 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

14 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 33,17 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,86 % - 1,15 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,08</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>10</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>15</p>	<p>Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>52315</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 43,45 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
 Referenzbereich = 3,00 % (Toleranzbereich)
 Vertrauensbereich 0,6 % - 1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
 Erwartete Ereignisse -
 Grundgesamtheit 5

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
 Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

16

Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers

Kennzahl-ID 50005

Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG
 In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	83,18 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,98 % - 96,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

17	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	50017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
18	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51186
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 27,92 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,25 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11
Grundgesamtheit	19
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

19	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalauschlags der Sonden	
	Kennzahl-ID	52316
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	91,14 % - 99,71 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,79 % - 96,05 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	59
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	60
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
20	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
	Kennzahl-ID	52325
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 0,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	50030
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

22	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
	Kennzahl-ID	50031
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,13 % - 0,3 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
23	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden
Kennzahl-ID	52321
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	79,61 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,29 % - 98,49 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	15
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

24	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
----	---

Kennzahl-ID	50041
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,27 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

25	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
----	--

Kennzahl-ID	51196
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,75 % - 1,04 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>26</p>	<p>Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>52001</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 16,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 6,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,99 % - 3,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	20
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
27	Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation
Kennzahl-ID	52002
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 16,11 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,55 % - 0,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	20
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
28	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
Kennzahl-ID	52324
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,42 % - 0,8 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

29	Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation	
	Kennzahl-ID	52328
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,59 % - 3,98 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
30	Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	11704
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 10,07 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,02 % - 1,19 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,32</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>20</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>31 Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>11724</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 20,73 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 1,06 % - 1,29 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,16

Grundgesamtheit 20

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

32

Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit

Kennzahl-ID 51437

Leistungsbereich Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,03 % - 98,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden	
Kennzahl-ID	51443	
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	99,16 % - 99,77 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51865
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,2 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35	Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51873
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36	Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes
----	---

Kennzahl-ID	52240
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

BUNDESERGEBNIS	
-----------------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,19 % - 10,38 %

FALLZAHL	
-----------------	--

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
---	--

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
----	--

Kennzahl-ID	603
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	80,64 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,78 % - 99,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	16
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

38	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
Kennzahl-ID	604
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,71 % - 99,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

39 Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 20,00 %
Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
40 Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:
<https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,00 %
Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41

Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 48,28 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,18
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,09 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07
Grundgesamtheit	18

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

42 Blasenkatheter länger als 24 Stunden

Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 20,39 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>2,67 % - 2,87 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>15</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>43</p>	<p>Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>52535</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	15,45 % - 24,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	87,34 % - 87,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

45 Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer hüftgelenkerhaltenen Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54029
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

46 Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	9,57 % - 27,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	66
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
47	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,2 % - 1,23 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	7,8
Grundgesamtheit	61
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
48 Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	54036
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
49 Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,16 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,7
Grundgesamtheit	66
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

50	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
----	---

Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
51	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,09 % - 99,91 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	190
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	191
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
52	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,99 % - 99,9 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	183
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	184
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
	Kennzahl-ID	2009
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	85,29 % - 94,31 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	147
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	162
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

55	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2013
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	83,77 % - 95,19 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	91
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	100

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

56

Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung

Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
--------------------------	---

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	66,56 % - 81,89 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	120
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ verschlechtert

57	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,23 % - 96,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	177
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	189
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0,63 % - 1,44 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	20,74
Grundgesamtheit	191

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

59 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)	
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11687
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

60 Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	90,82 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	38
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	38
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

61	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	59,58 % - 98,21 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
62	Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54003
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	22,48 % - 52,42 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	36
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
63	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	86,02 % - 97,72 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	65
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	69

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

64

Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus

Kennzahl-ID	54010
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
------------------	---

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
---	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	90,82 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	38
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	38
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

65	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
----	---

Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

66	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben
----	--

Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthaltes zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Ergebnis (Einheit)	—
--------------------	---

Vertrauensbereich	—
-------------------	---

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Referenzbereich	Sentinel-Event
-----------------	----------------

Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
-------------------	-----------------

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
------------------------	---------------

Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
----------------------	---------------

Grundgesamtheit	(Datenschutz)
-----------------	---------------

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67 Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	7,87 % - 31,89 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	36

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

68 Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen

Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>	
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 9,18 %</p>	
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,56 % - 1,68 %</p>	
<p>FALLZAHL</p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>38</p>	
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>	
<p>69</p>	<p>Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>54017</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

70

Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

71	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 9,18 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	38

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
72	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
Kennzahl-ID	54120
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
73	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	88,3 % - 100 %
-------------------	----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,72 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

74

Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks

Kennzahl-ID	54021
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
------------------	---

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
---	------

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
--------------------------	---

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 96,2 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
75	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	43,65 % - 96,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
76	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
Kennzahl-ID	54026
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	87,94 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	28

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

77

Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 5,35 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,88 % - 1 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,64</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>33</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>78 Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>54124</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

79

Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten

Kennzahl-ID	54125
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,71 % - 5,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

80	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben
----	--

Kennzahl-ID	54127
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

C-1.2.A.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Frauenklinik Taxisstraße"

C-1.2 A.2.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 20,00 %
Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
2 Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,00 %
Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
3	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,18
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
4	Blasenkatheter länger als 24 Stunden
Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,52 % - 3,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,67 % - 2,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	301
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
5	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren
Kennzahl-ID	52535
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	15,45 % - 24,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6

Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung

Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	81,37 % - 92,92 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	87,34 % - 87,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	106
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	120
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

7	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten	
	Kennzahl-ID	1058
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 7,13 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,19 % - 0,39 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	50
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

8 Anwesenheit einer Kinderärztin / eines Kinderarztes bei Frühgeburten	
Kennzahl-ID	318
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,48 % - 99,22 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 %
Vertrauensbereich	96,76 % - 97,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	128
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	131
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
9 Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)	
Kennzahl-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,31 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	3325
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)	
	Kennzahl-ID	330
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	75,78 % - 96,76 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	96,79 % - 97,52 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	29
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	32

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
11	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Kaiserschnittgeburten
Kennzahl-ID	50045
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,31 % - 99,38 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 %
Vertrauensbereich	98,99 % - 99,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	1446
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	1461
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
12	Schwergradiger Damriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51181
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 1,1 % - 2 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 2,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,99 % - 1,04 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 42

Erwartete Ereignisse 28,28

Grundgesamtheit 1896

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

13

Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 51397

Leistungsbereich Geburtshilfe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,23 % - 1,53 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 1,1 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>4</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>6,72</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>3325</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>14</p>	<p>Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>51803</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0,75 % - 1,58 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 2,32

Vertrauensbereich 0,94 % - 0,99 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 27

Erwartete Ereignisse 24,75

Grundgesamtheit 3390

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

15

Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 51831

Leistungsbereich Geburtshilfe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 3,62 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
Referenzbereich = 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich 0,9 % - 1,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
Erwartete Ereignisse 1,04
Grundgesamtheit 202

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

16

Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 52249
Leistungsbereich Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	1,15 % - 1,25 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 0,99 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	1453
Erwartete Ereignisse	1209,44
Grundgesamtheit	3654

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

17

Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium

Kennzahl-ID	2163
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 4,09 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	90
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
18	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
Kennzahl-ID	51370
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,65 % - 4,17 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5 % - 5,36 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	646
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

19	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung
Kennzahl-ID	51846
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,11 % - 99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,04 % - 97,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	751
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	764
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

20	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten	
	Kennzahl-ID	51847
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	96,97 % - 99,44 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,83 % - 96,25 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	376
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	381
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
21	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
	Kennzahl-ID	52268
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	9,56 % - 14,28 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,89 % - 13,41 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	84
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	717
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)
----	--

Kennzahl-ID	52279
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Vertrauensbereich	96,3 % - 99,12 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	95,99 % - 96,47 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	379
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	386

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
23	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)
Kennzahl-ID	52330
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatorer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,33 % - 99,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	99,1 % - 99,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	272
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	276
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
24	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 0,05 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich Sentinel-Event

Vertrauensbereich 0,01 % - 0,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 7747

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

25

Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 50050

Leistungsbereich Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,79 % - 0,97 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26

Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	50052
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,21 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27

Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	50053
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 31,09 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,82 % - 0,98 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,09</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>10</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>28</p>	<p>Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>50060</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,53 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,05 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29

Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	50062
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0,38 % - 2,02 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,50 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,99 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,63
Grundgesamtheit	162

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

30

Durchführung eines Hörtests

Kennzahl-ID	50063
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,47 % - 99,61 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,72 % - 97,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	398
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	402
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
31	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
Kennzahl-ID	51076
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	2,97 % - 3,64 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32	Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
-----------	--

Kennzahl-ID	51078
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
---	--

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
-----------------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,11 % - 3,99 %

FALLZAHL	
-----------------	--

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
---	--

Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
-----------	--

Kennzahl-ID	51079
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	5,14 % - 6,12 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34

Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Kennzahl-ID	51832
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 8,03 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,83 % - 4,57 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51837
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,96 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,19
Grundgesamtheit	44

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36	Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
Kennzahl-ID	51838
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 8,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,25 % - 1,7 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37	Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51843
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 13,65 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich Nicht definiert

Vertrauensbereich 1,07 % - 1,46 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,26

Grundgesamtheit 44

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

38

Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen

Kennzahl-ID 51901

Leistungsbereich Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2012/QI-f (abgerufen am: 21.03.2018). Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA - Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.</p>
--------------------------	---

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,08 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,02 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Kennzahl-ID

52262

Leistungsbereich

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 22,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

9,14 % - 10,05 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

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

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Ja

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHRE)	AUSNAHMETATBESTAND
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen <i>seit 1.7.2017</i>	50	30	MM03 - Personelle Neuausrichtung
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	22	MM05 - Kein Ausnahmetatbestand
3	Stammzelltransplantation	25	89	MM05 - Kein Ausnahmetatbestand
4	Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	14	MM05 - Kein Ausnahmetatbestand

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

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinatalzentrum LEVEL 1

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL:

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II. 2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Ja
Nimmt das Zentrum am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil?	Ja
Hat das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen?	Ja

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	123
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	21
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	20

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).