



2023

Referenzbericht

Universitätsmedizin Rostock - Zentrum für Radiologie - Klinik und
Poliklinik für Strahlentherapie

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

Übermittelt am:	15.11.2024
Automatisch erstellt am:	23.01.2025
Layoutversion vom:	23.01.2025



Vorwort

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

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

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

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

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

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

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

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

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



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	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	13
A-9	Anzahl der Betten	15
A-10	Gesamtfallzahlen	16
A-11	Personal des Krankenhauses	16
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	21
A-13	Besondere apparative Ausstattung	36
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	37
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	39
B-1	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie	39
C	Qualitätssicherung	46
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	46
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	78
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	79
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	79
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	79
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	80
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	81
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	82
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	83
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	84
-	Diagnosen zu B-1.6	85
-	Prozeduren zu B-1.7	90



- **Einleitung**

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: netfutura GmbH
Produktname: promato QBM
Version: 2.12

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name: Frau Claudia Holtfoth
Telefon: 0381/494-5097
Fax: 0381/494-5012
E-Mail: claudia.holtfoth@med.uni-rostock.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name: Frau Claudia Holtfoth
Telefon: 0381/494-5097
Fax: 0381/494-5012
E-Mail: claudia.holtfoth@med.uni-rostock.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.med.uni-rostock.de/>
Link zu weiterführenden Informationen: <http://qm.med.uni-rostock.de/>



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: Universitätsmedizin Rostock - Teilkörperschaft der Universität Rostock
Hausanschrift: Schillingallee 35
18057 Rostock
Postanschrift: Postfach 100888
18055 Rostock
Institutionskennzeichen: 261300425
URL: <http://www.med.uni-rostock.de>
Telefon: 0381/494-0
E-Mail: presse@med.uni-rostock.de

Ärztliche Leitung

Position: Ärztliche Vorständin
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christiane Stehle
Telefon: 0381/494-5011
Fax: 0381/494-5012
E-Mail: aev@med.uni-rostock.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegevorstand
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Pflegerin Annett Laban
Telefon: 0381/494-5041
Fax: 0381/494-5042
E-Mail: pv@med.uni-rostock.de

Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Vorstand
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Kfm. Christian Petersen
Telefon: 0381/494-5051
Fax: 0381/494-5029
E-Mail: kv@med.uni-rostock.de



Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Universitätsmedizin Rostock - Zentrum für Radiologie - Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
Hausanschrift: Südring 75
Postanschrift: 18059 Rostock
Postfach 100888
18055 Rostock
Institutionskennzeichen: 261300425
Standortnummer: 772942000
Standortnummer alt: 01
URL: <https://strahlentherapie.med.uni-rostock.de/>

Ärztliche Leitung

Position: Ärztliche Vorständin
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christiane Stehle
Telefon: 0381/494-5011
Fax: 0381/494-5012
E-Mail: aev@med.uni-rostock.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegevorstand
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Pflegerin Annett Laban
Telefon: 0381/494-5041
Fax: 0381/494-5042
E-Mail: pv@med.uni-rostock.de

Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Vorstand
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Kfm. Christian Petersen
Telefon: 0381/494-5051
Fax: 0381/494-5029
E-Mail: kv@med.uni-rostock.de

A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Name: Universitätsmedizin Rostock - rechtsfähige Teilkörperschaft der Universität Rostock
Art: öffentlich



A-3 **Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Universitätsklinikum: Ja

Lehrkrankenhaus: Nein

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Anleitung von Eltern in der Pädiatrie; Anleitung von Angehörigen im Rahmen der Schlaganfallbehandlung (Neurologie); Schulung und Anleitung von Angehörigen, die Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause pflegen, versorgen und begleiten (PfiFF - Pflege in Familien fördern)
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	durch die Mitarbeiter des Sozialdienstes
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Interdisziplinäre Palliativmedizin; Seelsorger (evangelisch und katholisch); Ethikkommission
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	am Standort Gehlsdorf (Zentrum für Nervenheilkunde)
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	z.B. Feldenkrais, Tanztherapie - z.B. im Rahmen der Demenztherapie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Bewegungstherapie im Rahmen von Diabetes-Schulungen in Zusammenarbeit der Physiotherapie und der Diabetesberatung (Sektion Endokrinologie)
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Diabetesberatung durch Mitarbeiter der Sektion Endokrinologie; Diätassistenten der Universitätsmedizin Rostock Service GmbH



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	am Zentrum für Nervenheilkunde
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	Kinästhetik-Trainerin vorhanden
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	in der Urologischen Klinik und Poliklinik
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	in der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Lehrstuhl für Naturheilkunde
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Unterricht für schulpflichtige Kinder
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Zentraler Funktionsbereich für stationäre und ambulante Behandlungen
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	z.B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Waldtherapie
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	im Rahmen der stationären Behandlung; Angebot für Mitarbeiter
MP37	Schmerztherapie/-management	Schmerztagesklinik; eigene Fachweiterbildung zur Algesiologischen Fachassistenz (1x im Jahr)
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Schulung und Anleitung von Angehörigen, die Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause pflegen, versorgen und begleiten (PfiFF - Pflege in Familien fördern)



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	z.B. Pflegevisiten, Beratung durch Mitarbeiter der Enterostomatherapie
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Anleitung zur Anwendung der Hilfsmittel durch Mitarbeiter der Physiotherapie
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	z.B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	im Rahmen der stationären Behandlung
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Informationsveranstaltungen der Kliniken/Abteilungen zu speziellen Krankheitsbildern und Therapien; Tag der Ausbildung; Tag der offenen Tür etc.
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen
MP69	Eigenblutspende	Institut für Transfusionsmedizin

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses



Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		Alle Kinder im schulpflichtigen Alter werden während des stationären Aufenthaltes, soweit der Gesundheitszustand es zulässt, in unserer Klinik durch speziell ausgebildetes Lehrpersonal der "Schule für Kranke" unterrichtet. Die "Schule für Kranke" stellt auch den Kontakt zur Schule am Heimatort her.
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet		

Besondere Ausstattung des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		In unseren Kliniken können Sie an Automaten Kopfhörer erwerben. Die Nutzung des Fernsehen, des Telefons (Festnetzverbindungen) und WLAN ist kostenfrei.

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		In besonderen Fällen besteht die Möglichkeit, eine Begleitperson mit aufzunehmen. Insbesondere in der Kinder- und Jugendklinik können Eltern bei ihren erkrankten Kindern bleiben. Bei Bedarf wenden Sie sich bitte an den behandelnden Arzt.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Ehrenamtlicher Besuchsdienst der Johanniter; Kliniknannys in Kinderklinik: Zusätzlich zu kurzzeitigen Betreuungen bieten wir eine Intensivbetreuung für onkologische Kinder und ihre Familien an. Dabei kümmert sich jeweils ein kleines Team über Wochen und Monate um die kleinen Patienten.



Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		Evangelische und Katholische Krankenhausseelsorge
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Zahlreiche Veranstaltungen zu ausgewählten Krankheitsbildern und Therapiemöglichkeiten werden jährlich durch die jeweiligen Kliniken organisiert und durchgeführt.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Islamische Speisevorschriften können nur bedingt eingehalten werden. Die angebotenen Lebensmittel sind nicht halal-zertifiziert.
NM68	Abschiedsraum	NM68	Abschiedsräume; zwei Räume der Stille im Zentrum für Nervenheilkunde und ein weiterer im Universitären Notfallzentrum

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: -
 Titel, Vorname, Name: - -
 Telefon: 0381/494-0
 E-Mail: anregung@med.uni-rostock.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit



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

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

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienste	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	vereinzelt vorhanden
BF30	Mehrsprachige Internetseite	vereinzelt vorhanden
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	vereinzelt vorhanden

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	4 Spezialtische im Zentral-OP bis 360 kg vorhanden, sonst bis 250 kg
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Toilettenstuhl, Tragen für den Transport für schwergewichtige Patienten vorhanden
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	



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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF23	Allergenarme Zimmer	vereinzelt vorhanden
BF24	Diätische Angebote	

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	vereinzelt vorhanden

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF40	Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage	Die Universitätsmedizin Rostock arbeitet kontinuierlich an der Verbesserung der Website-Angebote, um die Inhalte im digitalen Zeitalter für alle Nutzergruppen zugänglich zu machen.
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	vereinzelt vorhanden

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	vereinzelt vorhanden
BF36	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten	vereinzelt vorhanden
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	vereinzelt vorhanden
BF38	Kommunikationshilfen	vereinzelt vorhanden

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	vereinzelt vorhanden



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

BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	im Zentrum für Nervenheilkunde
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	vereinzelt vorhanden



A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	In folgenden Studiengängen: Humanmedizin, Zahnmedizin, BA/MA Medizinische Biotechnologie, BA Hebammenwissenschaft, BA Intensivpflege sowie in Kooperation mit anderen Fakultäten der Universität Rostock in den Studiengängen BA/MA Biomedizinische Technik und BA/MA Medizinische Informationstechnik
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Die Ausbildung erfolgt in Kooperation mit der Beruflichen Schule "Alexander Schmorell", dort findet der theoretische Teil der Ausbildung statt. Der praktische Teil der Ausbildung wird in den Einrichtungen der Universitätsmedizin Rostock absolviert.



Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	Die Ausbildung erfolgt in Kooperation mit der Beruflichen Schule "Alexander Schmorell", dort findet der theoretische Teil der Ausbildung statt. Der praktische Teil der Ausbildung wird in den Einrichtungen der Universitätsmedizin Rostock absolviert.
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Es bestehen Kooperationsverträge mit der Beruflichen Schule "Alexander Schmorell" und Medica-Akademie mit entsprechenden Praktikumsplätzen. Darüber hinaus können Einzelverträge für Praktika abgeschlossen werden. Dies erfolgt auf Anfrage und in Abhängigkeit der Auslastung in den einzelnen Bereichen.
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	Die Ausbildung der OTA und ATA erfolgt an unserer eigenen Schule für OTA und ATA. Ab dem 01.09.2022 findet die Ausbildung an der Staatlichen Berufsschule an der Universitätsmedizin Rostock statt.
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	Seit 2020 dualer BA-Studiengang für Hebammenwissenschaft gem. § 9 ff. Hebammengesetz - HebG.
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	Die Ausbildung der OTA und ATA erfolgt an unserer eigenen Schule für OTA und ATA. Ab dem 01.09.2022 findet die Ausbildung an der Staatlichen Berufsschule an der Universitätsmedizin Rostock statt.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Die Ausbildung erfolgt in Kooperation mit der Beruflichen Schule "Alexander Schmorell", dort findet der theoretische Teil der Ausbildung statt. Der praktische Teil der Ausbildung wird in den Einrichtungen der Universitätsmedizin Rostock absolviert. Vertiefung Kinderkrankenpflege ab 2023.

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 44



A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	979
Teilstationäre Fallzahl:	3
Ambulante Fallzahl:	4193
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB):	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	12,68	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,68	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	12,68	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	5,94	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,94	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	5,94	

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	0	
--------	---	--



Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

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

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl (gesamt)	22,13	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,13	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	22,13	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	



Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl (gesamt)	1,07	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,07	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1,07	

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

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

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl (gesamt)	0,26	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,26	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,26	



Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

Pflegefachpersonen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl (gesamt)	0,96	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,96	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,96	



Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

Medizinische Fachangestellte

Anzahl (gesamt)	2,55	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,55	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	2,55	

Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

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

A-11.3.1 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-11.3.2 Angaben zu Genesungsbegleitung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP55 Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)		
Anzahl (gesamt)	1,1	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1,1	

SP56 Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)		
Anzahl (gesamt)	22,72	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,72	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	22,72	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: (k) Leitung der Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
 Titel, Vorname, Name: Frau Caty Neumann
 Telefon: 0381/494-5016
 Fax: 0381/494-5012
 E-Mail: qualitaetsmanagement@med.uni-rostock.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: Mitglieder des Lenkungsgremiums sind vornehmlich die Qualitätsmanagementbeauftragten der zertifizierten und akkreditierten Bereiche der Universitätsmedizin Rostock.
 Tagungsfrequenz: quartalsweise



A-12.2 **Klinisches Risikomanagement**

A-12.2.1 **Verantwortliche Person Risikomanagement**

Position: (k) Leitung der Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name: Frau Caty Neumann
Telefon: 0381/494-5016
Fax: 0381/494-5012
E-Mail: qualitaetsmanagement@med.uni-rostock.de

A-12.2.2 **Lenkungsgremium Risikomanagement**

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja
Beteiligte Abteilungen
Funktionsbereiche: Das Lenkungsgremium setzt sich aus den Mitarbeitern der Stabsstelle Innenrevision/
Risikomanagement und den jeweiligen Risikomanagern aus den Bereichen: Pflege- und
Sozialdienste, Ärztlicher Dienst, Forschung und Lehre, Verwaltung/zentrale Dienste, IT,
Technik zusammen.
Tagungsfrequenz: quartalsweise



A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikomanagement Handbuch, QM-Dokumentation vom 22.03.2024
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Alarmierungsplan vom 01.01.2023
RM05	Schmerzmanagement	QM-Dokumentation vom 26.06.2018
RM06	Sturzprophylaxe	Standard Sturzprophylaxe vom 15.08.2024
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Standard Dekubitusprophylaxe vom 11.03.2015
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Standardrichtlinie zur Maßnahme der Fixierung vom 21.08.2021
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Dienstanweisung für das Betreiben von Medizin- und Labortechnik nach MPG und MPBetreibV vom 13.07.2020
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Qualitätszirkel Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	OP-Statut vom 01.01.2023
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	OP-Statut vom 01.01.2023
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	SOP postoperative Überwachung von Patienten im Aufwachraum vom 21.07.2023
RM18	Entlassungsmanagement	Handbuch Entlassmanagement und Benutzerhandbuch Entlassmanagementdokumentation vom 11.03.2021



A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: Ja
Tagungsfrequenz: quartalsweise
Maßnahmen: Zur Verbesserung der Patientensicherheit sind verschiedene Instrumente und Maßnahmen an der Universitätsmedizin Rostock etabliert.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	18.11.2022
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Nein

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja
Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Ärztlicher Vorstand
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christiane Stehle
Telefon: 0381/494-5011
Fax: 0381/494-5012
E-Mail: aev@med.uni-rostock.de



Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	31	davon haben 10 HBÄ keinen Kurs
Hygienefachkräfte (HFK)	7	
Hygienebeauftragte in der Pflege	131	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

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



A-12.3.2.2 Antibiotikaprofylaxe Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe	
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft	ja
Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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



A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Haendedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	23
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	128

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

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



A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS OP-KISS STATIONS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Teilnahme an Netzwerktreffen der leitenden Hygienefachkräfte an Unikliniken in Deutschland	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	über das Krankenhaushygienelabor
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	halbjährlich	Jeder Mitarbeiter in der Pflege, im ärztlichen Bereich und in der Physiotherapie sowie Medizinisch-technische Radiologieassistenten nehmen jährlich an Schulungen teil. In den Bereichen finden verschiedene Stationsweiterbildungen statt. Für neue Mitarbeiter ist eine Mitarbeiterschulung etabliert. Reinigungspersonal wird geschult sowie Hygienebeauftragte. Einmal jährlich gibt es den Hygienetag mit bis zu 280 Teilnehmern.



A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	An der Universitätsmedizin Rostock ist der Umgang mit Beschwerden und Anregungen von Patienten, Angehörigen sowie anderen Parteien in einer Dienstanweisung geregelt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Die Dienstanweisung regelt ebenfalls die Bearbeitung von Beschwerden.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Die Dienstanweisung regelt ebenfalls den Umgang mit mündlichen Beschwerden.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Die Dienstanweisung regelt ebenfalls den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Der Beschwerdeführer erhält am Tag des Eingangs seiner Beschwerde eine Eingangsbestätigung. Eine Stellungnahme zur Beschwerde sollte der Beschwerdeführer spätestens 4 Wochen nach Eingang der Beschwerde erhalten.
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Auf Wunsch werden die Beschwerden anonym bearbeitet.
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Im Onkologischen Zentrum der Universitätsmedizin Rostock sowie in allen zertifizierten Einrichtungen der Universitätsmedizin werden strukturierte Patientenbefragungen durchgeführt. Aus der Befragung abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen werden in den jeweiligen Einrichtungen umgesetzt und nachverfolgt.
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	Im Onkologischen Zentrum der Universitätsmedizin Rostock werden alle 3 Jahre Einweiserbefragungen durchgeführt. Aus der Befragung abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen werden in den jeweiligen Einrichtungen umgesetzt.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement



Position: (k) Leiterin der Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name: Frau Caty Neumann
Telefon: 0381/494-5016
Fax: 0381/494-5012
E-Mail: anregung@med.uni-rostock.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

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

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: <http://qm.med.uni-rostock.de/de/aufgabenbereiche/lob-und-anregungen>

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

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

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

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



A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium AMTS

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit wurde keiner konkreten Person übertragen.

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	10
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	17
Erläuterungen:	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung –



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

- Entlassung

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

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo7 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo8 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo9 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Zubereitung durch pharmazeutisches Personal

Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Zenzy als Software zur digitalen Verordnung von Chemotherapien oder auch Antimykotika. Für diese Zubereitungen erfolgt auch die Herstellung in der Apotheke.

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

z.B. Zenzy, SAP, COPRA, AIDKlinik

Unit-Dose-System in Planung

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln



Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Arzneimittelverwechslung: bei Einkauf berücksichtigt bzw. bei Auswahl der Applikationsform

Entlassung

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten



A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Kommentar:

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

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

Versorgung Kinder Jugendliche



Schlüssel-Nr.	Beschreibung	Kommentar	Datum der letzten Überprüfung
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik	im Rahmen der Aufklärung über Aufenthalt Hinweise zu möglichen Beschwerdemöglichkeiten, Hilfewege und Anlaufstellen	
SK02	Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen	regelmäßig mind. 1/Jahr im Rahmen des hausinternen Kolloquiums, zusätzlich gemeinsam mit Kinderschutzgruppe regelmäßige Termine; zusätzlich regelmäßige Arbeitsgruppe zu Minimierung von Zwangsmaßnahmen; regelmäßige (mind. 1/Jahr) Schulung in Deeskalationsmanagement	
SK03	Aufklärung	im Rahmen der Information zu Stationsordnung werden Patienten und Eltern sensibilisiert, das Team wird über regelmäßige Fortbildungen sensibilisiert	
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	Letzte Überprüfung 30.10.2024	
SK05	Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten	Briefkasten (anonym), aktives Informieren über Beschwerdemöglichkeiten, klinikumweites Beschwerdemanagement	
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	Thema wird regelhaft in Vorstellungsgesprächen und im Rahmen der Mitarbeiter:innengespräche thematisiert, Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses (§ 30a BZRG) mandativ	
SK07	Sonstiges	Kooperation mit Kinderschutzgruppe der UMR und der Kinderschutzgruppe der Hansestadt Rostock; SOP bei FEM	
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	letzte Überprüfung am 30.10.2024	
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	letzte Überprüfung am 30.10.2024	



A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	ja	
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	ja	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	ja	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (X)		ja	
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	keine_Angabe_erforderlich	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	keine_Angabe_erforderlich	Eine Anlage ist vorhanden. Lithotripsie wird fast ausschließlich mit endoskopischen Geräten durchgeführt - ESWL-Anlage wird nur noch selten genutzt.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	ja	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	keine_Angabe_erforderlich	Untersuchungen erfolgen nach Terminvereinbarung
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	keine_Angabe_erforderlich	Untersuchungen erfolgen nach Terminvereinbarung
AA30	Single-Photon-Emissions-computertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	keine_Angabe_erforderlich	Untersuchungen erfolgen nach Terminvereinbarung
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	keine_Angabe_erforderlich	Untersuchungen erfolgen nach Terminvereinbarung



Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	keine_Angabe_erforderlich	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	keine_Angabe_erforderlich	
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	keine_Angabe_erforderlich	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	keine_Angabe_erforderlich	
AA69	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	ja	Es können sowohl Linksherzkatheter als auch Rechtsherzkatheter durchgeführt werden.
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	ja	Thrombektomien werden auf den Angiographieanlagen durchgeführt.
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	keine_Angabe_erforderlich	Operationsroboter
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	keine_Angabe_erforderlich	

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

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



A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Keine Teilnahme an einer Notfallstufe.

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Folgende Voraussetzungen wurden erfüllt:

Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausesplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

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

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



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie"

Fachabteilungsschlüssel: 3300
Art: Klinik und Poliklinik
für Strahlentherapie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Direktor
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Guido Hildebrandt
Telefon: 0381/494-9001
Fax: 0381/494-9002
E-Mail: strahlentherapie@med.uni-rostock.de
Anschrift: Südring 75
18059 Rostock
URL: <https://strahlentherapie.med.uni-rostock.de>

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VR02	Native Sonographie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	IMRT, IGRT, SBRT, SRS
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	interstitielle Brachytherapie, Seed-Therapie (Prostatakarzinom)
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	Ruthenium-Augenapplikatoren
VR40	Spezialsprechstunde	

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 979

Teilstationäre Fallzahl: 3

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart:	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V(AM12)
Kommentar:	

Notfallambulanz

Ambulanzart:	Notfallambulanz (24h)(AM08)
Kommentar:	



Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

Kommentar:

Hochschulambulanz UMR

Ambulanzart: Hochschulambulanz nach § 117 SGB V(AM01)

Kommentar:

Medizinisches Versorgungszentrum der Universitätsmedizin Rostock am Standort Südstadt

Ambulanzart: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V(AM10)

Kommentar: Diagnostik und Therapie im Zusammenhang mit Strahlenbehandlung und Nachsorge zur Feststellung von Strahlenschäden; simultan durchgeführte Radiochemotherapie

Privatsprechstunde

Ambulanzart: Privatambulanz(AM07)

Kommentar:

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

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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



B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	12,68	Weitere 1,75 VK sind Aufgaben in Forschung und Lehre zugeordnet.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,68	Weitere 1,75 VK sind Aufgaben in Forschung und Lehre zugeordnet.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	12,68	
Fälle je Vollkraft	77,20820	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	5,94	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,94	Weitere 1,15 VK sind Aufgaben in Forschung und Lehre zugeordnet.
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	5,94	
Fälle je Vollkraft	164,81481	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ58	Strahlentherapie	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



B-1.11.2

Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	22,13	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,13	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	22,13	
Fälle je Anzahl	44,23859	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	1,07	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,07	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1,07	
Fälle je Anzahl	914,95327	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,26	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,26	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,26	
Fälle je Anzahl	3765,38461	



Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl (gesamt)	0,96	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,96	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,96	
Fälle je Anzahl	1019,79166	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl (gesamt)	2,55	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,55	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	2,55	
Fälle je Anzahl	383,92156	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ20	Praxisanleitung	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP20	Palliative Care	



B-1.11.3

Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

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



C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumen-tationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	219		100	219	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	26		100	26	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision / -Systemwechsel / -Explantation (09/3)	22		100	22	
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)	68		100	68	
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5)	21		100	21	
Implantierbare Defibrillatoren - Revision / Systemwechsel / Explantation (09/6)	28		100	28	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	148		100	148	
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	9		100	9	
Geburtshilfe (16/1)	0			0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	105		100	105	
Mammachirurgie (18/1)	0			0	
Cholezystektomie (CHE)	217		100	217	
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	503		100	503	
Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie) (HCH)	901		100	901	
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	211	HCH	100	211	
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	192	HCH	100	192	
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	429	HCH	100	429	
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_MK_CHIR)	149	HCH	100	149	



Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumen- tationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_MK_KATH)	82	HCH	100	82	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	401		100	401	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	359	HEP	100	359	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	47	HEP	100	47	
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen (HTXM)	Daten- schutz		Daten- schutz	Daten- schutz	
Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen (HTXM_MKU)	Daten- schutz	HTXM	Daten- schutz	Daten- schutz	
Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	195		100	195	
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knieschlittenprothesen (KEP_IMP)	162	KEP	100	162	
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	33	KEP	100	33	
Leberlebendspende (LLS)	0			0	
Lebertransplantation (LTX)	9		100	9	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	
Neonatalogie (NEO)	25		100	25	
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(PCI) (PCI_LKG)	2575		100	2575	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	441		100	441	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	11		100	11	

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

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



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis ID	2005
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,00 - 90,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis ID	2006
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,00 - 90,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis ID	2007
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,84 - 98,27
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232000_2005
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	20,00 - 100,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	2005
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232001_2006
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	20,00 - 100,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	2006
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232002_2007
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,73 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	2007
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).
Ergebnis ID	50778
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,91



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Rechnerisches Ergebnis	16,88
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,00 - 30,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	16,88
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	$\leq 1,69$ (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232007_50778
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 91,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	0,00
Bezug andere QS Ergebnisse	50778
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis ID	232010_50778
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	19,76
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,00 - 19,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	19,76
Bezug andere QS Ergebnisse	50778
Sortierung	2
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Ergebnis ID	231900
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,00 - 90,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232008_231900
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich (bundesweit)	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 79,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	231900
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis ID	50722
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	34,00 - 100,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232009_50722
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	20,00 - 100,00
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	50722
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



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



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	5,14
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,00 - 9,00
Grundgesamtheit	981
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	1,95
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	5,14
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verschlechtert
Kommentar Beauftragte Stelle	Nach Auffassung der Fachkommission lässt sich die Abweichung vom Referenzbereich nicht allein durch das besondere Patientenkontext erklären, da dieses in dem Indikator über die Risikostatistik mit abgebildet wird. Der Fachkommission erscheint die korrekte Risikoeinschätzung fraglich. 8 von 10 PatientInnen mit keinem, geringen oder mittleren Risiko bei Übernahme/Aufnahme haben, trotz aufgezeigten Maßnahmen, einen Dekubitus bekommen. Der Stellungnahme war zu entnehmen, dass die Wunddokumentation



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis ID	52326
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,00
Grundgesamtheit	981
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	



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



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis ID	521801
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Grundgesamtheit	981
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



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



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
Ergebnis ID	521800
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Grundgesamtheit	981
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



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



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis ID	52010
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Grundgesamtheit	981
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



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

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

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



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

Bezeichnung	Kommentar
Brustkrebs	Die Universitätsmedizin Rostock nimmt in Kooperation z. B. i. R. des Mammographiescreenings mit dem Klinikum Südstadt Rostock am DMP Brust teil. In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebotes wird mit dem strukturierten Behandlungsprogramm „DMP-Brustkrebs“ eine wesentlich verbesserte Versorgung angestrebt. Dies soll insbesondere durch eine verstärkte Kooperation der einzelnen Leistungserbringer sowie einer generellen Orientierung an evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen erreicht werden.
Diabetes mellitus Typ 2	Diabetes mellitus Typ 2 ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im mittleren und höheren Lebensalter. Wesentliche Aspekte der DMP, die zu einer Qualitätsverbesserung führen sollen, sind: • Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unter der Berücksichtigung auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien bzw. der jeweils besten verfügbaren medizinischen Evidenz (einschließlich Medikation) • Koordination der Behandlung • Dokumentation und umfassende Qualitätssicherung
Diabetes mellitus Typ 1	Die Universitätsmedizin Rostock nimmt als Einrichtung am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teil. In Deutschland leiden etwa 300.000 Menschen an einem Diabetes mellitus Typ 1. Im Gegensatz zum Typ 2-Diabetes, dem sogenannten Altersdiabetes kommt diese Erkrankung viel seltener vor. Meistens tritt der Typ 1-Diabetes vor dem 35. Lebensjahr auf. Bei diesem Diabetes-Typ zerstören körpereigene Abwehrstoffe die Insulin produzierenden Zellen. Die Patienten sind lebenslang auf die Gabe von Insulin angewiesen.
Koronare Herzkrankheit (KHK)	Bei den sog. „Disease-Management-Programmen“ (DMP) handelt es sich um spezielle strukturierte Programme für chronische Krankheiten. Diese zielen darauf, die Versorgung und Betreuung chronisch Erkrankter zu verbessern. Der Universitätsmedizin Rostock ist im Falle chronischer Erkrankungen ein gut abgestimmtes und kontinuierliches Vorgehen bei der gesundheitlichen Versorgung sehr wichtig, um etwa das Risiko für Komplikationen oder Folgeschäden reduzieren oder vermeiden zu können.

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

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

C-5.1 **Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-5.2 **Angaben zum Prognosejahr**



– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

Nr	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/Erläuterung	Hinweis
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma	– (vgl. Hinweis im Vorwort)	-
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	– (vgl. Hinweis im Vorwort)	-
CQ03	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde	– (vgl. Hinweis im Vorwort)	-
CQ25	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser	– (vgl. Hinweis im Vorwort)	-
CQ27	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QS-Richtlinie bronchoskopische LVR /QS-RL BLVR)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)	-

Angaben über die Erfüllung der Personalvorgaben

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



C-7

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen.	13
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	10
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	9



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.



C-10

**Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige
Therapien**

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



- **Diagnosen zu B-1.6**

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
C79.3	101	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
C20	93	Bösartige Neubildung des Rektums
C09.8	66	Bösartige Neubildung: Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
C34.1	61	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C79.5	47	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C53.8	42	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C32.1	28	Bösartige Neubildung: Supraglottis
C34.3	28	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
C01	27	Bösartige Neubildung des Zungengrundes
C50.4	26	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C80.0	25	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
C34.8	22	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C10.8	21	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C71.1	17	Bösartige Neubildung: Frontallappen
C13.8	16	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C53.1	15	Bösartige Neubildung: Ektozervix
C54.1	13	Bösartige Neubildung: Endometrium
C15.5	12	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
C15.3	11	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel
C21.1	11	Bösartige Neubildung: Analkanal
C32.0	11	Bösartige Neubildung: Glottis
C71.2	11	Bösartige Neubildung: Temporallappen
C02.1	10	Bösartige Neubildung: Zungenrand
C04.8	9	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.4	9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel
C34.0	9	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus
C50.2	9	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C61	9	Bösartige Neubildung der Prostata



ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
C71.8	9	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend
C31.3	8	Bösartige Neubildung: Sinus sphenoidalis [Keilbeinhöhle]
C67.8	8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend
C83.3	8	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
C04.1	7	Bösartige Neubildung: Seitlicher Teil des Mundbodens
C71.3	7	Bösartige Neubildung: Parietallappen
C25.0	6	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C34.2	6	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)
C50.1	6	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C03.1	5	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch
C11.2	5	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Nasopharynx
C12	5	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
C13.2	5	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Hypopharynx
C16.0	5	Bösartige Neubildung: Kardia
C21.8	5	Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend
C90.00	5	Multipl. Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C05.1	4	Bösartige Neubildung: Weicher Gaumen
C06.2	4	Bösartige Neubildung: Retromolarregion
C30.0	4	Bösartige Neubildung: Nasenhöhle
C32.8	4	Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.8	4	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.8	4	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
C77.2	4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten
A31.0	(Datenschutz)	Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien
C04.0	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens
C05.2	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Uvula
C06.9	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet
C07	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung der Parotis
C08.0	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Glandula submandibularis



ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
C09.1	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Gaumenbogen (vorderer) (hinterer)
C10.2	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Oropharynx
C11.1	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Nasopharynx
C11.8	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.2	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus
C15.8	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend
C22.0	(Datenschutz)	Leberzellkarzinom
C25.1	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
C31.8	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.2	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule
C41.4	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen
C44.50	(Datenschutz)	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Perianalhaut
C49.2	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C50.5	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.9	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C54.8	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C64	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C67.2	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand
C67.3	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Vordere Harnblasenwand
C67.4	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand
C67.6	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Ostium ureteris
C68.0	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Urethra
C71.0	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel
C71.4	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Okzipitallappen
C71.7	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Hirnstamm
C73	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
C77.0	(Datenschutz)	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C77.1	(Datenschutz)	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten



ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
C77.3	(Datenschutz)	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
C77.4	(Datenschutz)	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
C78.0	(Datenschutz)	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
C78.2	(Datenschutz)	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
C78.7	(Datenschutz)	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C79.4	(Datenschutz)	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems
C79.88	(Datenschutz)	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C81.7	(Datenschutz)	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C82.7	(Datenschutz)	Sonstige Typen des follikulären Lymphoms
C91.01	(Datenschutz)	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission
C95.00	(Datenschutz)	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
D32.0	(Datenschutz)	Gutartige Neubildung: Hirnhäute
D32.9	(Datenschutz)	Gutartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
D33.1	(Datenschutz)	Gutartige Neubildung: Gehirn, infratentoriell
D35.2	(Datenschutz)	Gutartige Neubildung: Hypophyse
D48.1	(Datenschutz)	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe
D70.18	(Datenschutz)	Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie
G45.13	(Datenschutz)	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G93.6	(Datenschutz)	Hirnödem
G97.80	(Datenschutz)	Postoperative Liquorfistel
I10.01	(Datenschutz)	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I61.0	(Datenschutz)	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal
J18.1	(Datenschutz)	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
J44.19	(Datenschutz)	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
K10.28	(Datenschutz)	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer
K12.3	(Datenschutz)	Orale Mukositis (ulzerativ)



ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
K22.81	(Datenschutz)	Ösophagusblutung
K52.0	(Datenschutz)	Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung
Q28.28	(Datenschutz)	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße
R11	(Datenschutz)	Übelkeit und Erbrechen
R31	(Datenschutz)	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
R77.88	(Datenschutz)	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine
T82.7	(Datenschutz)	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen



- **Prozeduren zu B-1.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-522.d1	9162	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung
8-528.9	1265	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan
8-527.8	1023	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)
8-542.11	336	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Substanz
8-528.6	261	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die externe Bestrahlung
8-529.8	254	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung
8-527.1	174	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad
8-522.d0	159	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung
8-525.12	154	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen: Hohe Dosisleistung
9-984.7	112	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
8-527.0	106	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach
9-984.8	96	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
9-984.b	92	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad
8-542.12	91	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Substanzen
8-523.12	90	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Zerebral, koplanare Bestrahlungstechnik
8-523.15	88	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Extrazerebral, koplanare Bestrahlungstechnik
8-528.7	71	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die Brachytherapie
8-529.6	69	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, komplex



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-52e	68	Eine oder mehrere simultan-integrierte Boost-Bestrahlungen [SIB]
8-547.2	66	Andere Immuntherapie: Mit Immunmodulatoren
8-523.14	49	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Zerebral, nicht koplanare Bestrahlungstechnik mit intrafraktioneller Verifikation
8-800.c0	46	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
5-399.5	45	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
8-523.02	45	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, einzeitig: Zerebral, koplanare Bestrahlungstechnik
8-018.0	42	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-523.13	42	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Zerebral, nicht koplanare Bestrahlungstechnik ohne intrafraktionelle Verifikation
8-544	39	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
8-017.0	37	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-831.00	33	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd
8-017.1	31	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-017.2	30	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage
9-984.9	30	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
8-524.2	29	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intrauterin und intravaginal, kombiniert
3-990	28	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
8-547.0	28	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern
9-984.6	27	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
3-82a	25	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel
8-543.51	24	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 1 Substanz
8-543.71	24	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage: 1 Substanz
3-752.0	21	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie [PET/CT] des gesamten Körperstammes: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-543.22	21	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Substanzen
8-561.1	18	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie
3-820	17	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
8-543.21	17	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 1 Substanz
3-222	16	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
8-854.2	16	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
3-200	15	Native Computertomographie des Schädels
8-543.32	15	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Substanzen
3-035	14	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
8-523.16	14	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Extrazerebral, nicht koplanare Bestrahlungstechnik ohne intrafraktionelle Verifikation
8-98h.01	14	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst: 2 bis unter 4 Stunden
8-543.42	12	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Substanzen
8-900	12	Intravenöse Anästhesie
8-018.1	11	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-543.31	11	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 1 Substanz
8-528.8	10	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, ohne 3D-Plan
8-543.61	10	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 6 Tage: 1 Substanz
8-98g.11	10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage
8-98g.12	10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage
1-632.0	9	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
3-225	9	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-611.0	8	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Obere Hohlvene



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-523.07	8	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, einzeitig: Extrazerebral, nicht koplanare Bestrahlungstechnik mit intrafraktioneller Verifikation
8-523.40	8	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Ganzkörperbestrahlung: Gesamtdosis unter 4 Gy
8-543.41	8	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 1 Substanz
8-98h.02	8	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst: 4 bis unter 6 Stunden
5-431.20	7	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode
6-002.13	7	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral: 250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE
8-98g.10	7	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage
3-228	6	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
3-705.0	6	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie
3-733.0	6	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie [SPECT/CT] des Skelettsystems: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur
5-399.7	6	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
6-002.72	6	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg
8-523.04	6	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, einzeitig: Zerebral, nicht koplanare Bestrahlungstechnik mit intrafraktioneller Verifikation
1-620.00	5	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen
3-73x	5	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie [SPECT/CT]
5-609.a0	5	Andere Operationen an der Prostata: Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Prostata: Perineal
8-018.2	5	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage
8-523.03	5	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, einzeitig: Zerebral, nicht koplanare Bestrahlungstechnik ohne intrafraktionelle Verifikation
8-529.3	5	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie
8-810.x	5	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-987.10	5	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage
8-98h.03	5	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst: 6 bis unter 9 Stunden
1-610.1	4	Diagnostische Laryngoskopie: Indirekt
1-710	4	Ganzkörperplethysmographie
1-711	4	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
3-221	4	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-614	4	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches
3-821	4	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-823	4	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
6-002.14	4	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral: 350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE
8-523.00	4	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, einzeitig: Zerebral
8-831.0	4	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen
8-836.02	4	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm
8-855.3	4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
9-984.a	4	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
1-204.2	(Datenschutz)	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme
1-207.0	(Datenschutz)	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System)
1-242	(Datenschutz)	Audiometrie
1-420.1	(Datenschutz)	Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle: Zunge
1-430.30	(Datenschutz)	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Stufenbiopsie: Zungenbiopsie
1-440.9	(Datenschutz)	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt
1-444.7	(Datenschutz)	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien
1-493.32	(Datenschutz)	Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben: Mamma: Durch Stanzbiopsie mit Clip-Markierung der Biopsieregion



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1-503.1	(Datenschutz)	Biopsie an Knochen durch Inzision: Humerus
1-611.1	(Datenschutz)	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt
1-613	(Datenschutz)	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
1-620.10	(Datenschutz)	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen
1-630.0	(Datenschutz)	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument
1-650.1	(Datenschutz)	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
1-650.2	(Datenschutz)	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-654.0	(Datenschutz)	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument
1-661	(Datenschutz)	Diagnostische Urethrozystoskopie
1-843	(Datenschutz)	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
1-844	(Datenschutz)	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
1-853.2	(Datenschutz)	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion
1-996.08	(Datenschutz)	Hochdurchsatz-Sequenzierungsverfahren [NGS] zur Analyse genetischer Veränderungen bei/in soliden bösartigen Neubildungen: Analyse von kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen, Gewebeprobe: mehr als 40 Kilobasen
3-030	(Datenschutz)	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
3-031	(Datenschutz)	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie
3-051	(Datenschutz)	Endosonographie des Ösophagus
3-052	(Datenschutz)	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
3-100.0	(Datenschutz)	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen
3-13b	(Datenschutz)	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)
3-202	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Thorax
3-203	(Datenschutz)	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-205	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-206	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Beckens
3-207	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Abdomens
3-220	(Datenschutz)	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-226	(Datenschutz)	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3-227	(Datenschutz)	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel
3-600	(Datenschutz)	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
3-601	(Datenschutz)	Arteriographie der Gefäße des Halses
3-605	(Datenschutz)	Arteriographie der Gefäße des Beckens
3-606	(Datenschutz)	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten
3-608	(Datenschutz)	Superselektive Arteriographie
3-706.0	(Datenschutz)	Szintigraphie der Nieren: Statisch
3-706.1	(Datenschutz)	Szintigraphie der Nieren: Dynamisch
3-724.0	(Datenschutz)	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie: Knochen
3-800	(Datenschutz)	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
3-802	(Datenschutz)	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-805	(Datenschutz)	Native Magnetresonanztomographie des Beckens
3-808	(Datenschutz)	Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße
3-825	(Datenschutz)	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
5-230.0	(Datenschutz)	Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn
5-399.6	(Datenschutz)	Andere Operationen an Blutgefäßen: Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
5-429.d	(Datenschutz)	Andere Operationen am Ösophagus: Endoskopisches Clippen
5-449.e3	(Datenschutz)	Andere Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch
5-452.62	(Datenschutz)	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
5-469.d3	(Datenschutz)	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch
5-469.e3	(Datenschutz)	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch
5-482.01	(Datenschutz)	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch
5-489.e	(Datenschutz)	Andere Operation am Rektum: Endoskopische Injektion
5-792.k2	(Datenschutz)	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerusschaft
5-894.14	(Datenschutz)	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf
6-001.a2	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Cetuximab, parenteral: 450 mg bis unter 550 mg
6-001.a6	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Cetuximab, parenteral: 850 mg bis unter 1.050 mg



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
6-001.a8	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Cetuximab, parenteral: 1.250 mg bis unter 1.450 mg
6-001.aa	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Cetuximab, parenteral: 1.650 mg bis unter 1.850 mg
6-001.c3	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral: 900 mg bis unter 1.000 mg
6-002.15	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral: 450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE
6-002.e4	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral: 1.000 mg bis unter 1.250 mg
6-002.e5	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral: 1.250 mg bis unter 1.500 mg
6-002.e6	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral: 1.500 mg bis unter 1.750 mg
6-002.e7	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral: 1.750 mg bis unter 2.000 mg
6-002.ec	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral: 3.000 mg bis unter 3.500 mg
6-002.ee	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral: 4.000 mg bis unter 4.500 mg
6-002.eh	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral: 5.500 mg bis unter 6.000 mg
6-003.g3	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Lenalidomid, oral: 100 mg bis unter 125 mg
6-005.d0	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral: 150 mg bis unter 300 mg
6-006.26	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Abirateron, oral: 21.000 mg bis unter 24.000 mg
6-009.p6	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Pembrolizumab, parenteral: 200 mg bis unter 300 mg
6-009.p8	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Pembrolizumab, parenteral: 400 mg bis unter 600 mg
6-009.q8	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Daratumumab, intravenös: 1.200 mg bis unter 1.400 mg
6-009.q9	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Daratumumab, intravenös: 1.400 mg bis unter 1.800 mg
6-00b.f	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 11: Osimertinib, oral
8-123.0	(Datenschutz)	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel
8-123.x	(Datenschutz)	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Sonstige



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-133.0	(Datenschutz)	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel
8-137.00	(Datenschutz)	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral
8-137.10	(Datenschutz)	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral
8-138.0	(Datenschutz)	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters: Wechsel ohne operative Dilatation
8-144.0	(Datenschutz)	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig
8-144.2	(Datenschutz)	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter
8-152.1	(Datenschutz)	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle
8-153	(Datenschutz)	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
8-191.00	(Datenschutz)	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad
8-500	(Datenschutz)	Tamponade einer Nasenblutung
8-504	(Datenschutz)	Tamponade einer vaginalen Blutung
8-527.6	(Datenschutz)	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Behandlungshilfen
8-529.5	(Datenschutz)	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, mittel
8-529.7	(Datenschutz)	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung ohne individuelle Dosisplanung
8-543.81	(Datenschutz)	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 8 Tage: 1 Substanz
8-543.91	(Datenschutz)	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 9 oder mehr Tage: 1 Substanz
8-716.00	(Datenschutz)	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Ersteinstellung: Nicht invasive häusliche Beatmung
8-800.c1	(Datenschutz)	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE
8-800.fo	(Datenschutz)	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat
8-800.f1	(Datenschutz)	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.go	(Datenschutz)	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-800.g4	(Datenschutz)	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 5 Thrombozytenkonzentrate
8-836.07	(Datenschutz)	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: V. cava
8-836.80	(Datenschutz)	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell
8-836.kh	(Datenschutz)	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Partikeln: Andere Arterien abdominal und pelvin
8-836.mh	(Datenschutz)	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Andere Arterien abdominal und pelvin
8-836.n1	(Datenschutz)	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Anzahl der Metallspiralen: 1 Metallspirale
8-83b.71	(Datenschutz)	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung von mehr als einem Mikrokathetersystem: 3 Mikrokathetersysteme
8-83b.84	(Datenschutz)	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Stentretreiver
8-83b.c2	(Datenschutz)	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Nahtsystem
8-83b.c6	(Datenschutz)	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker
8-840.02	(Datenschutz)	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße Schulter und Oberarm
8-840.12	(Datenschutz)	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: Gefäße Schulter und Oberarm
8-930	(Datenschutz)	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-931.0	(Datenschutz)	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
8-981.21	(Datenschutz)	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
8-987.11	(Datenschutz)	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-987.12	(Datenschutz)	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-987.13	(Datenschutz)	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-98e.0	(Datenschutz)	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage
8-98g.13	(Datenschutz)	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage
8-98g.14	(Datenschutz)	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage
8-98h.05	(Datenschutz)	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst: 12 bis unter 15 Stunden

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

www.g-ba.de

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