

Qualitätsbericht 2023  
Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der  
Ruhr

## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort .....	18
	Einleitung .....	18
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	19
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	19
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	19
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....	20
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	20
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	20
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	20
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	22
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	23
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....	23
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit .....	23
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	25
A-8.1	Forschung und akademische Lehre .....	25
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen .....	26
A-9	Anzahl der Betten .....	26
A-10	Gesamtfallzahlen .....	26
A-11	Personal des Krankenhauses .....	26
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	26
A-11.2	Pflegepersonal .....	27
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal .....	29
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	30
A-12.1	Qualitätsmanagement .....	31

A-12.1.1	Verantwortliche Person .....	31
A-12.1.2	Lenkungsgrremium .....	31
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	31
A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	31
A-12.2.2	Lenkungsgrremium .....	31
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen .....	31
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems .....	33
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	33
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	34
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	34
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	34
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	35
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	35
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie .....	36
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	36
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	37
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	37
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	38
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	39
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....	40
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium .....	40
A-12.5.2	Verantwortliche Person .....	40
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal .....	40
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen .....	40
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt .....	41

A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	43
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	44
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe .....	45
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung .....	45
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....	45
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen) .....	45
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	46
B-[2700]	Augenklinik Mülheim .....	46
B-[2700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	46
B-[2700].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	46
B-[2700].1.2	Ärztliche Leitung .....	46
B-[2700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	47
B-[2700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	47
B-[2700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	48
B-[2700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	49
B-[2700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	50
B-[2700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	51
B-[2700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	53
B-[2700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	58
B-[2700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	59
B-[2700].11	Personelle Ausstattung .....	59
B-[2700].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	59
B-[2700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	60

B-[2700].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	60
B-[1500]	Chirurgische Klinik .....	61
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	61
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	61
B-[1500].1.2	Ärztliche Leitung .....	61
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	62
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	62
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	63
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	63
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	64
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	66
B-[1500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	66
B-[1500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	67
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	68
B-[1500].11	Personelle Ausstattung .....	68
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	68
B-[1500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	69
B-[1500].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	69
B-[1800]	Gefäßchirurgische Klinik .....	70
B-[1800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	70
B-[1800].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	70
B-[1800].1.2	Ärztliche Leitung .....	70
B-[1800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	71
B-[1800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	71

B-[1800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	72
B-[1800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	72
B-[1800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	74
B-[1800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	75
B-[1800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	76
B-[1800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	76
B-[1800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	77
B-[1800].11	Personelle Ausstattung .....	77
B-[1800].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	77
B-[1800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	78
B-[1800].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	78
B-[0300]	Kardiologische Klinik .....	79
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	79
B-[0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	79
B-[0300].1.2	Ärztliche Leitung .....	79
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	80
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	80
B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	81
B-[0300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	81
B-[0300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	82
B-[0300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	84
B-[0300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	85
B-[0300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	86
B-[0300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	86
B-[0300].11	Personelle Ausstattung .....	86

B-[0300].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	86
B-[0300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	87
B-[0300].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	87
B-[3600]	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie .....	88
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	88
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	88
B-[3600].1.2	Ärztliche Leitung .....	88
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	89
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	89
B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	89
B-[3600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	89
B-[3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	89
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	89
B-[3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	90
B-[3600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	90
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	90
B-[3600].11	Personelle Ausstattung .....	90
B-[3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	90
B-[3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	91
B-[3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	91
B-[3751]	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie .....	92
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	92
B-[3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	92
B-[3751].1.2	Ärztliche Leitung .....	92

B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	93
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	93
B-[3751].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	94
B-[3751].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	94
B-[3751].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	94
B-[3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	94
B-[3751].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	95
B-[3751].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	96
B-[3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	97
B-[3751].11	Personelle Ausstattung	.....	97
B-[3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	97
B-[3751].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	98
B-[3751].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	98
B-[0200]	Klinik für Geriatrie und Neurogeriatrie	.....	99
B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	99
B-[0200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	99
B-[0200].1.2	Ärztliche Leitung	.....	99
B-[0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	100
B-[0200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	100
B-[0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	101
B-[0200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	101
B-[0200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	103
B-[0200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	104
B-[0200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	105
B-[0200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	105

B-[0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	105
B-[0200].11	Personelle Ausstattung	.....	105
B-[0200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	105
B-[0200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	106
B-[0200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	106
B-[1600]	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	.....	107
B-[1600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	107
B-[1600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	107
B-[1600].1.2	Ärztliche Leitung	.....	107
B-[1600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	108
B-[1600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	108
B-[1600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	109
B-[1600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	110
B-[1600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	111
B-[1600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	113
B-[1600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	113
B-[1600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	113
B-[1600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	115
B-[1600].11	Personelle Ausstattung	.....	115
B-[1600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	115
B-[1600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	116
B-[1600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	116
B-[1900]	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie	.....	117
B-[1900].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	117

B-[1900].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	117
B-[1900].1.2	Ärztliche Leitung .....	117
B-[1900].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	118
B-[1900].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	118
B-[1900].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	120
B-[1900].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	120
B-[1900].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	121
B-[1900].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	123
B-[1900].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	123
B-[1900].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	123
B-[1900].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	123
B-[1900].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	125
B-[1900].11	Personelle Ausstattung .....	125
B-[1900].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	125
B-[1900].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	126
B-[1900].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	126
B-[3300]	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie .....	127
B-[3300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	127
B-[3300].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	127
B-[3300].1.2	Ärztliche Leitung .....	127
B-[3300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	128
B-[3300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	128
B-[3300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	128
B-[3300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	129

B-[3300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	129
B-[3300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	130
B-[3300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	131
B-[3300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	131
B-[3300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	131
B-[3300].11	Personelle Ausstattung .....	131
B-[3300].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	131
B-[3300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	132
B-[3300].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	132
B-[0100]	Medizinische Klinik für allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie .....	133
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	133
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	133
B-[0100].1.2	Ärztliche Leitung .....	133
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	134
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	134
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	135
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	135
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	137
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	138
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	139
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	141
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	141
B-[0100].11	Personelle Ausstattung .....	141
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	141
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	142

	Abteilung	
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	142
B-[0500]	Medizinische Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin .....	143
B-[0500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	143
B-[0500].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	143
B-[0500].1.2	Ärztliche Leitung .....	143
B-[0500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	144
B-[0500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	144
B-[0500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	146
B-[0500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	146
B-[0500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	148
B-[0500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	149
B-[0500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	150
B-[0500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	150
B-[0500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	150
B-[0500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	150
B-[0500].11	Personelle Ausstattung .....	150
B-[0500].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	150
B-[0500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	151
B-[0500].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	151
B-[2425]	Mülheimer Frauenklinik .....	152
B-[2425].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	152
B-[2425].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	152
B-[2425].1.2	Ärztliche Leitung .....	152
B-[2425].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	153

B-[2425].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	153
B-[2425].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	154
B-[2425].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	154
B-[2425].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	156
B-[2425].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	157
B-[2425].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	159
B-[2425].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	162
B-[2425].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	163
B-[2425].11	Personelle Ausstattung	.....	163
B-[2425].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	163
B-[2425].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	164
B-[2425].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	164
B-[0800]	Pneumologische Klinik	.....	165
B-[0800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	165
B-[0800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	165
B-[0800].1.2	Ärztliche Leitung	.....	165
B-[0800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	166
B-[0800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	166
B-[0800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	167
B-[0800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	167
B-[0800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	168
B-[0800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	170
B-[0800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	170
B-[0800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	170
B-[0800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	.....	171

	Berufsgenossenschaft	
B-[0800].11	Personelle Ausstattung .....	171
B-[0800].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	171
B-[0800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	171
B-[0800].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	172
B-[3700-1]	Zentrum für Notfall- und Akutmedizin .....	173
B-[3700-1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	173
B-[3700-1].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	173
B-[3700-1].1.2	Ärztliche Leitung .....	173
B-[3700-1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	174
B-[3700-1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	174
B-[3700-1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	174
B-[3700-1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	174
B-[3700-1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	175
B-[3700-1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	175
B-[3700-1].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	175
B-[3700-1].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	175
B-[3700-1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	175
B-[3700-1].11	Personelle Ausstattung .....	175
B-[3700-1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	175
B-[3700-1].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	176
B-[3700-1].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	176
B-[3700]	Institut Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie .....	177
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	177
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	177

B-[3700].1.2	Ärztliche Leitung .....	177
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	178
B-[3700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	178
B-[3700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	179
B-[3700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	179
B-[3700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	179
B-[3700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	179
B-[3700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	180
B-[3700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	180
B-[3700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	180
B-[3700].11	Personelle Ausstattung .....	180
B-[3700].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	180
B-[3700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	181
B-[3700].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	181
B-[2600]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde .....	182
B-[2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	182
B-[2600].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	182
B-[2600].1.2	Ärztliche Leitung .....	182
B-[2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	183
B-[2600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	183
B-[2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	184
B-[2600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	184
B-[2600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	184
B-[2600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	185

B-[2600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	185
B-[2600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	185
B-[2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	185
B-[2600].11	Personelle Ausstattung .....	185
B-[2600].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	185
B-[2600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	186
B-[2600].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	186
C	Qualitätssicherung .....	187
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	187
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	187
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	189
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....	189
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	357
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	357
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	357
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	358
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind .....	358
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr .....	359
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	360
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 .....	360

	SGB V		
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	360
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....		360
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....		362
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	364
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	364

## Vorwort

## Einleitung

### Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Nils Benjamin Krog
Telefon	0208 309 2001
Fax	0208 309 2006
E-Mail	nils.krog@evkmh.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Unternehmensqualität
Titel, Vorname, Name	Claudia Heyermann
Telefon	0208 881 4813
Fax	0208 309 2006
E-Mail	claudia.heyermann@ategris.de

### Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	<a href="https://www.evkmh.de/">https://www.evkmh.de/</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	<a href="https://ategris.de/">https://ategris.de/</a>

### Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/darmkrebszentrum-muelheim">https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/darmkrebszentrum-muelheim</a>	Darmkrebszentrum Mülheim an der Ruhr
2	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/pankreaszkarzinomzentrum">https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/pankreaszkarzinomzentrum</a>	Pankreaszkarzinomzentrum
3	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/gefaesszentrum-muelheim">https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/gefaesszentrum-muelheim</a>	Gefäßzentrum Mülheim an der Ruhr
4	<a href="https://bzmo.de/">https://bzmo.de/</a>	Brustkrebszentrum Mülheim Oberhausen
5	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/muelheimer-frauenklinik-geburtshilfe">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/muelheimer-frauenklinik-geburtshilfe</a>	babyfreundliche Geburtsklinik
6	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/radiologisches-zentrum">https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/radiologisches-zentrum</a>	Radiologisches Zentrum
7	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/diabeteszentrum">https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/diabeteszentrum</a>	Diabetes Typ 2 Zentrum

## Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
8	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/endoorthetikzentrum">https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/endoorthetikzentrum</a>	EndoProthetikZentrum
9	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/alterstraumazentrum">https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/alterstraumazentrum</a>	AltersTraumaZentrum
10	<a href="https://www.physalis-ruhr.de/">https://www.physalis-ruhr.de/</a>	Gesundheitszentrum Physalis (ambulante Rehabilitation und Physiotherapie)
11	<a href="https://gutundgerne-mh.de">https://gutundgerne-mh.de</a>	Gastronomieservice Mülheim

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
Straße	Wertgasse
Hausnummer	30
IK-Nummer	260510746
Standort-Nummer	771889000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	0208
Telefon	3090
E-Mail	info@evkmh.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.evkmh.de">http://www.evkmh.de</a>

### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

#### Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Hauptgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Nils Benjamin Krog
Telefon	0208 309 2001
Fax	0208 309 2008
E-Mail	nils.krog@evkmh.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer

Titel, Vorname, Name	Dirk Huiskens
Telefon	0208 309 2004
Fax	0208 309 2109
E-Mail	dirk.huiskens@evkmh.de

#### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Heinz-Jochen Gassel
Telefon	0208 309 2308
Fax	0208 309 2405
E-Mail	heinz-jochen.gassel@evkmh.de

#### Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Roland Ebbing
Telefon	0208 309 2330
Fax	0208 309 2318
E-Mail	roland.ebbing@evkmh.de

### A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
Träger-Art	freigemeinnützig

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

#### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

#### Name der Universität

Universität Düsseldorf

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

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP06 - Basale Stimulation
2	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
3	MP53 - Aromapflege/-therapie
4	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
5	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
6	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
7	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
8	MP27 - Musiktherapie
9	MP36 - Säuglingspflegekurse
10	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
11	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
12	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
13	MP51 - Wundmanagement <i>Mitglied im ambulanten Wundnetzwerk Mülheim</i>
14	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
15	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
16	MP63 - Sozialdienst <i>Pflege- und Sozialberatung</i>
17	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>durch Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern</i>
18	MP38 - Sehschule/Orthoptik
19	MP45 - Stomatherapie/-beratung <i>durch Kooperation</i>
20	MP26 - Medizinische Fußpflege <i>Externer Anbieter (Unter Berücksichtigung der freien Leistungserbringerwahl)</i>
21	MP25 - Massage
22	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Wundmanagement, Kinästhetik, Breast-Care Nurses, Pflegevisiten, Onkologische Beratung, Geriatrie Begleitung, Palliativ Care, Delir-Team, Demenz-Team</i>
23	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Externe Praxis</i>
24	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
25	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Fortlaufende Angebote über die Elternschule</i>
26	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>u.a. logopädisches Angebot für Dysphagie-Patienten</i>
27	MP43 - Stillberatung
28	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen <i>u.a. im Rahmen des Gütesiegels "Babyfreundlich"</i>
29	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
30	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Familiale Pflege</i>
31	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
32	MP21 - Kinästhetik
33	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Externes Sanitätshaus</i>
34	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
35	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Externe Praxis</i>
36	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
37	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Konzept zur Betreuung liegt vor</i>
38	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
39	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
40	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Pflege- und Sozialberatung</i>
41	MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik
42	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
43	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
44	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
45	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
46	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
47	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
48	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
49	MP37 - Schmerztherapie/-management
50	MP69 - Eigenblutspende <i>In Zusammenarbeit mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen</i>

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM07: Rooming-in <i>Zusätzliche Möglichkeit des Familienzimmers</i>
2	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung

#	Leistungsangebot
3	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>oder einer begleitenden Pflegekraft</i>
4	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
5	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
6	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
7	NM02: Ein-Bett-Zimmer <i>b. Bedarf Palliativzimmer</i>
8	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
9	NM05: Mutter-Kind-Zimmer <i>Familienzimmer</i>
10	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
11	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
12	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
13	NM68: Abschiedsraum
14	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>Ein Schwimmbad ist im Rahmen der Bewegungstherapie vorhanden</i>
15	NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Zentrale Dienste
Titel, Vorname, Name	Michael Walther
Telefon	0208 309 2011
Fax	0208 309 2005
E-Mail	Michael.Walther@ategris.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
2	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
3	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

#	Aspekte der Barrierefreiheit
4	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift <i>Teilweise umgesetzt</i>
5	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
6	BF11 - Besondere personelle Unterstützung <i>Ehrenamtliche Mitarbeiter "Grüne Damen und Herren", §53c Kräfte</i>
7	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) <i>Teilweise umgesetzt</i>
8	BF25 - Dolmetscherdienst <i>Auf Anfrage</i>
9	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
10	BF24 - Diätetische Angebote
11	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>z.B. Toilettenstühle, Lifter, Niederflurbetten</i>
12	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
13	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>auf einzelnen Stationen verfügbar</i>
14	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Geriatric Garden, Therapie Raum</i>
15	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
16	BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
17	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>Personelle Unterstützung liegt vor, jedoch kein Leitsystem</i>
18	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>Schwerlastsäule und OP-Tisch bis 360kg</i>
19	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
20	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
21	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>MRT bis 170 KG; CT bis 227KG; Angiotische bis 200KG; Durchleuchtungstische bis 200KG</i>
22	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung <i>z.B. Raum der Stille</i>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
23	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
24	BF36 - Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten
25	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
26	BF38 - Kommunikationshilfen <i>z.B. Tablets</i>
27	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
28	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
29	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
30	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL09 - Doktorandenbetreuung <i>Die Betreuung findet in mehreren Kliniken des Hauses statt</i>
2	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>Universität Witten Herdecke Universität Düsseldorf</i>
3	FL08 - Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
4	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien <i>Teilnahme durch mehrere Kliniken des Hauses</i>
5	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien <i>Teilnahme durch mehrere Kliniken des Hauses</i>
6	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
7	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>Famulatur und praktisches Jahr Universität Düsseldorf</i>
8	FL01 - Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>1. Universität Würzburg 2. Universität Essen 3. Universität Heidelberg 4. Universität Tübingen 5. Universität Regensburg</i>

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. <i>In Kooperation</i>
2	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
3	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>
4	HB02 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin <i>In Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen. Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>
5	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA) <i>In Kooperation</i>

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	602
---------------	-----

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	18371
Teilstationäre Fallzahl	100
Ambulante Fallzahl	52037
StäB. Fallzahl	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	154,56			
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	154,56	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	18,45	<b>Stationär</b>	136,11

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	81,94
--------	-------

Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	81,94	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	14,31	<b>Stationär</b>	67,63

### Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt				2
--------	--	--	--	---

## A-11.2 Pflegepersonal

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
---	--	--	--	------

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				312,08
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	311,04	<b>Ohne</b>	1,04
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	31,21	<b>Stationär</b>	280,87

#### Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				312,08
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	311,04	<b>Ohne</b>	1,04
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	31,21	<b>Stationär</b>	280,87

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				6,79
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,16	<b>Ohne</b>	0,63
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,68	<b>Stationär</b>	6,11

#### Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				6,79
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,16	<b>Ohne</b>	0,63
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,68	<b>Stationär</b>	6,11

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				21,59
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	21,59	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,16	<b>Stationär</b>	19,43

#### Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				21,59
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	21,59	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,16	<b>Stationär</b>	19,43

### Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				1,5
--------	--	--	--	-----

Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,5	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,15	<b>Stationär</b>	1,35
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,5	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,15	<b>Stationär</b>	1,35

### **Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				49,03
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	49,03	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	4,9	<b>Stationär</b>	44,13
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				49,03
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	49,03	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	4,9	<b>Stationär</b>	44,13

### **Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften**

Gesamt				6,4
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,64	<b>Stationär</b>	5,76
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				6,4
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,64	<b>Stationär</b>	5,76

### **Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				11,8
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,8	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,18	<b>Stationär</b>	10,62
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				11,8
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,8	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,18	<b>Stationär</b>	10,62

### **Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				16,57
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	16,57	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,66	<b>Stationär</b>	14,91

Ohne Fachabteilungszuordnung			
Gesamt			16,57
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	16,57	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,66	<b>Stationär</b> 14,91

### Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt			0,67
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,67	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,06	<b>Stationär</b> 0,61

Ohne Fachabteilungszuordnung			
Gesamt			0,67
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,67	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,06	<b>Stationär</b> 0,61

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt			54,72
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	54,72	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	5,47	<b>Stationär</b> 49,25

Ohne Fachabteilungszuordnung			
Gesamt			54,72
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	54,72	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	5,47	<b>Stationär</b> 49,25

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Die Physiotherapie und die physikalische Therapie des EKM werden durch eine Kooperation mit der Physalis Rehabilitation und Physiotherapie GmbH durchgeführt.

Die Bereiche Logopädie und Ergotherapie werden durch eine Kooperation mit dem Therapiezentrum Ruhr abgedeckt.

### SP19 - Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker

Gesamt			2
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,2	<b>Stationär</b> 1,8

### SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt			0,47
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,47	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,05	<b>Stationär</b> 0,42

### SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Gesamt				1,25
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,25	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,13	<b>Stationär</b>	1,12

### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				1,08
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,08	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,11	<b>Stationär</b>	0,97

### SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				0,6
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,6	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,06	<b>Stationär</b>	0,54

### SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				1,08
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,08	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,1	<b>Stationär</b>	0,98

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

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,1	<b>Stationär</b>	0,9

### SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Gesamt				9,42
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	9,42	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,94	<b>Stationär</b>	8,48

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

Gesamt				8,11
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,11	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,81	<b>Stationär</b>	7,3

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

## A-12.1 Qualitätsmanagement

### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Unternehmensqualität
Titel, Vorname, Name	Claudia Heyermann
Telefon	0208 881 4813
Fax	0208 309 2006
E-Mail	claudia.heyermann@ategris.de

### A-12.1.2 Lenkungs-gremium

#### Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht	Ja
---	----

#### Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Qualitätskonferenz - Geschäftsführung, Pflegedirektion und Chefärzte/ innen
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

#### Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

#### Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
---	--------------------------

## Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> DA`s und VA`s liegen im Dokumentenlenkungssystem vor <b>Letzte Aktualisierung:</b> 03.08.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Notfallplan EKM <b>Letzte Aktualisierung:</b> 05.09.2019
5	RM05: Schmerzmanagement <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Standard "Allgemeine Schmerztherapie" <b>Letzte Aktualisierung:</b> 29.07.2022
6	RM06: Sturzprophylaxe <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Klinik für Geriatrie Sturzprophylaxe <b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.09.2022
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Dekubitusstandard <b>Letzte Aktualisierung:</b> 22.07.2020
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Verfahrensanweisung Fixierung <b>Letzte Aktualisierung:</b> 05.09.2019
9	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA zur Kennzeichnung defekter Geräte <b>Letzte Aktualisierung:</b> 15.09.2022
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Dienstanweisung Anwendung präoperative Checkliste /WHO-Sicherheitscheckliste OP <b>Letzte Aktualisierung:</b> 26.09.2014
14	RM18: Entlassungsmanagement <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Dienstanweisung §39 Entlassmanagement <b>Letzte Aktualisierung:</b> 04.11.2021

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

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Qualitätszirkel

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

#### Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <b>Frequenz:</b> bei Bedarf
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <b>Frequenz:</b> bei Bedarf
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <b>Letzte Aktualisierung:</b> 13.09.2021

#### Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Patientenarmband seit 2012,WHO-OP Checkliste seit 2007,Projekt "Keimschranke" verbesserte Händehygiene seit2017,Zentrales und patientenorientiertes Beschwerdemanagement seit 2010,Patientenbefragung,Digitale Patientenakte seit 2014/2015 Teilnahme am übergreifenden Fehlermeldesystem seit 2017 Risikoanalyse seit 2017/2018,Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

#### Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

## Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF06: CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

## Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

#### Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Zusätzlich steht ein FA für Hygiene - und Umweltmedizin auf ATEGRIS-Ebene beratend zur Verfügung.

#### Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	10
Erläuterungen	Dem Krankenhaus stehen 10 hygienebeauftragte Ärzte zur Verfügung. Bei personellen Änderungen werden zeitnah neue Mitarbeitende benannt und qualifiziert.

#### Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Fr. Kantor (Hygiene- und Gesundheitsmanagerin (Public Health) 1 weitere HFK.

#### Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	22
Erläuterungen	In jedem Fachbereich

#### A-12.3.1.1 Hygienekommission

Tagungsfrequenz der Hygienekommission: Jährlich und bei Bedarf

## Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	jährlich

## Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Hygienemanagement
Titel, Vorname, Name	Gabriele Kantor
Telefon	0208 309 4304
Fax	0208 309 2253
E-Mail	gabriele.kantor@evkmh.de

Vorsitzende/r der Hygienekommission sind Frau G. Kantor und Herr Professor Dr. H.-J. Gassel.

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

#### Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

#### Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

#### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

#### Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja
---------	----

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

Auswahl Ja

### Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

## A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

### Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert Ja

### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor

Auswahl Ja

### Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

## A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

### Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

##### Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 31

##### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 180

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

##### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

## A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

### Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <b>Frequenz:</b> halbjährlich
2	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) <b>Teilnahme ASH:</b> Teilnahme (ohne Zertifikat)
3	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <b>Name:</b> 2019-2021 MRE- Zertifikat, 2023 MRE -Siegel, 2. Platz NRW Gesundheitspreis, 2. Platz MSD Gesundheitspreis SOP, Standards sind im Handbuch der Klinik hinterlegt. <i>Zusätzlich erfolgte die Teilnahme an der Punktprävalenzerhebung zum Vorkommen von nosokomialen Infektionen und zur Anwendung von Antibiotika.</i>
4	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <b>Frequenz:</b> bei Bedarf <i>Individuell in den Bereichen und verpflichtende Online-Schulung für alle Mitarbeiter</i>
5	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

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

- CDAD-KISS
- HAND-KISS
- MRSA-KISS
- OP-KISS

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

### Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Seit Januar 2011 wird ein strukturiertes Beschwerdemanagementkonzept in allen Fachabteilungen und Stationen umgesetzt.</i>
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja <i>Im Beschwerdefall sucht die Beschwerdebeauftragte in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern den persönlichen Kontakt mit dem Beschwerdeführer und dokumentiert dies in einer Software</i>
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja <i>Die Beschwerdebeauftragte nimmt alle schriftlichen Beschwerden entgegen. Es gibt verbindliche Reaktionszeiten.</i>
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja <i>Gemäß Konzept: Die Beschwerdebeauftragte kontaktiert den Beschwerdeführer nach spätestens 48 Stunden, gibt einen Bearbeitungszwischenstand nach 14 Tagen, und benachrichtigt nochmals den Beschwerdeführer nach Abschluß der Beschwerde.</i>
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>Die Beschwerdebeauftragte ist benannt, eine Stellenbeschreibung liegt vor.</i>
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>Der Patientenfürsprecher agiert selbständig und in Zusammenarbeit mit der Beschwerdebeauftragten.</i>
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <i>Die Anonymität ist in allen Kontaktbereichen möglich (Homepage, Brief, Telefonat) Tel. 0208 309 2814</i>
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Beschwerdebeauftragte
Titel, Vorname, Name	Sukran Jansen
Telefon	0208 309 2814

Fax	0208 309 2039
E-Mail	Sukran.Jansen@evkmh.de

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Kludia Schmalenbach
Telefon	0170 5474174
E-Mail	kludiaschmalenbach@gmx.de

## 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

#### Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	nein
---	------

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	3
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	5

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

## Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
2	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
3	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
4	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
5	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
6	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
7	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
8	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

### Zu AS09: 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
- Sonstiges: Es werden nur Zytostatika mit pharmazeutischem Personal hergestellt

### Zu 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)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): HBS-Bestellplattform, Zeny2-Zytostatikaprogramm

### Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

### Zu 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 u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

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.

### Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?

Ja

Erläuterungen

Seit 2020 existiert ein Team zur psychosozialen Unterstützung (PSU) aus den verschiedensten Arbeitsbereichen der Einrichtungen SbE-Interventionen (Stressbearbeitung bei belastenden Ereignissen) Im Jahr 2023 erfolgte die Studie FORUM der Diakonie in Deutschland zur Prävention von sexualisierter Gewalt. Erkenntnisse und Verpflichtungen aus dieser Studie werden umgesetzt.

### Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl

Ja

### Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik <i>FORUM Studie und Kirchengesetz der EKIR</i>
2	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen
3	SK03: Aufklärung
4	SK07: Sonstiges (Prävention)
5	SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle <i>Verfahrensweisung und Vorlagen zur Gesprächsdokumentation</i> <b>Letzte Überprüfung:</b> 01.08.2024
6	SK11: Sonstiges (Aufarbeitung) <i>Hinweisgeberschutzsystem und adressierte interne Anlaufstellen</i>

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>Hirnstrommessung</i>
2	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich <i>Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten.</i>  <i>zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion, eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.</i>
3	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i>  <i>Gerät für Radiofrequenztherapie im Rahmen der Varizenbehandlung</i>
4	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i>  <i>Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren sind 24h verfügbar.</i>
5	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i>  <i>Elektrophysiologie; Interventionelle Radiologie (Radiofrequenz., Mikrowelle)</i>
6	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i>
7	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich <i>Blasendruckmessung</i>  <i>Eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.</i>
8	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>  <i>128-Zeilen Computertomograph</i>
9	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich <i>Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens</i>
10	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich <i>Stoßwellen-Steinzerstörung</i>

#	Gerätenummer	24h verfügbar
11	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja <i>Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)</i>
12	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder</i> <i>1,5 Tesla MR Tomograph (neues Gerät)</i>
13	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i> <i>Stanzgeräte der Firma Braun</i>
14	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i>
15	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i> <i>5 Angiographieanlagen (2 DSA-Anlagen in der Radiologie, 1 Durchleuchtungsanlage in der Radiologie, 1 DSA-Anlage in der operativen Angio-Suite (Hybrid-OP), 1 DSA-Anlage im Herzkatheterlabor), Generator für intravasale Lithotripsie (IVL)</i>
16	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja <i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i>
17	AA72 - 3D-Laparoskopie-System	Keine Angabe erforderlich <i>3D-Laparoskopie-System</i> <i>Eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.</i>
18	AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph	Nein <i>Gerät zur Untersuchung des Körpers mittels Kernspintomographie</i>

### A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA 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

### Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

### Stufen der Notfallversorgung

- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

### Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

Umstand

Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2).

## A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

### Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 2

- SN05: Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)

## A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

### Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt

Nein

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

Es gab keine Einigung zwischen KGNW und KV in NRW bzgl. der Notfallversorgung außerhalb der Öffnungszeiten der Notfallpraxis.

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.

Nein

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

Ja

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[2700] Augenlinik Mülheim

#### B-[2700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Augenlinik Mülheim

#### B-[2700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2700 - Augenheilkunde

#### B-[2700].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Barbara Schmidt
Telefon	0208 309 2940
Fax	0208 309 2969
E-Mail	Barbara.Schmidt@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr

URL

[https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/augenkl  
nik-muelheim](https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/augenkl<br/>nik-muelheim)

## B-[2700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[2700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
2	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
3	VK25 - Neugeborenenenscreening <i>Augenärztliche Untersuchung bei Frühgeborenen zum Ausschluß einer Retinopathia prämaturoorum</i>
4	VR14 - Optische laserbasierte Verfahren <i>IOL-Master, OCT, Optos, HRT</i>
5	VD20 - Wundheilungsstörungen
6	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
7	VC71 - Notfallmedizin
8	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
9	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
10	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
11	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
12	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
13	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
15	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
16	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
17	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
18	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
19	VA15 - Plastische Chirurgie
20	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde <i>Diagnostik und Therapie des Low-Tension-Glaukom;</i>
21	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
22	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
23	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostikzentrum Elektrophysiologie <i>mfERG, Ganzfeld-ERG, EOG</i>
24	VA18 - Laserchirurgie des Auges <i>Argon-, Farbstoff-Laser, Krypton-, SLT-, PDT-Laser</i>
25	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
26	VA17 - Spezialsprechstunde <i>Plastische Chirurgie der Adnexe, Makulasprechstunde, Netzhautsprechstunde, Kataraktsprechstunde, Glaukom- und Hornhautsprechstunde, Sehschule</i>

## B-[2700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3126
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Glaukom	830
2	H25	Cataracta senilis	784
3	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	304
4	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	247
5	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	109
6	H04	Affektionen des Tränenapparates	81
7	H34	Netzhautgefäßverschluss	72
8	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	67
9	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	67
10	H16	Keratitis	52
11	H50	Sonstiger Strabismus	49
12	H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	43
13	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	40
14	H44	Affektionen des Augapfels	33
15	H27	Sonstige Affektionen der Linse	31
16	H43	Affektionen des Glaskörpers	27
17	H20	Iridozyklitis	27
18	H26	Sonstige Kataraktformen	22
19	H46	Neuritis nervi optici	21
20	B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	19
21	H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	19
22	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	17
23	S05	Verletzung des Auges und der Orbita	17
24	H00	Hordeolum und Chalazion	14
25	Q14	Angeborene Fehlbildung des hinteren Augenabschnittes	13

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	D31	Gutartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde	12
27	H30	Chorioretinitis	11
28	H59	Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	9
29	H53	Sehstörungen	8
30	B02	Zoster [Herpes zoster]	7

### **B-[2700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	2099
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	1892
3	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	1020
4	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	891
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	790
6	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	525
7	1-220	Messung des Augeninnendruckes	511
8	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	478
9	3-301	Konfokale Mikroskopie	450
10	5-097	Blepharoplastik	295
11	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	242
12	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	242
13	5-985	Lasertechnik	236
14	3-690	Angiographie am Auge	223
15	5-156	Andere Operationen an der Retina	219
16	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	154

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	147
18	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	145
19	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	121
20	8-020	Therapeutische Injektion	116
21	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	109
22	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	87
23	5-160	Orbitotomie	86
24	5-088	Andere Rekonstruktion der Tränenwege	69
25	8-149	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage	68
26	5-094	Korrekturoperation bei Blepharoptosis	66
27	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	65
28	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	63
29	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	61
30	3-200	Native Computertomographie des Schädels	54

## B-[2700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<p>Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut</p> <p><i>Kontrolle und Behandlung von Netzhautveränderungen aufgrund eines Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) oder anderer Ursachen; Veränderungen an der Netzhautmitte mit Seh Einschränkungen; Sehstörungen durch neurologische Grunderkrankungen.</i></p>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte  <i>Sprechstunde für Katarakt-Patienten, Hornhauterkrankungen, Glaukom, Lid- und Tränenwegserkrankungen</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Sehschule  <i>Behandlung frühkindlicher Sehstörungen, Behandlung kindlicher Sehschwäche, Behandlung der Schielformen, Behandlung von Augenmuskelerkrankungen und -lähmung</i>
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	IVOM-Sprechstunde  <i>Behandlung der feuchten altersabhängigen Maculardegeneration</i>
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Hinterer Augenabschnitt
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Hornhauterkrankungen
7	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Laserbehandlungen

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
8	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
9	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz <i>Behandlung frühkindlicher Sehstörungen, Behandlung kindlicher Sehschwäche, Behandlung der Schielformen, Behandlung von Augenmuskelerkrankungen und -lähmungen.</i>
10	AM07 - Privatambulanz	Ambulanz Refraktive Chirurgie <i>Sprechstunde für Katarakt-Patienten, Hornhauterkrankungen, Glaukom, Lid- und Tränenwegserkrankungen, einschl. Eingriffe der refraktiven Chirurgie z.B. Lasik</i>
11	AM07 - Privatambulanz	Spezialsprechstunde <i>Kontrolle und Behandlung von Netzhautveränderungen aufgrund eines Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) oder anderer Ursachen; Veränderungen an der Netzhautmitte mit Seheinschränkungen; Sehstörungen durch neurologische Grunderkrankungen</i>
12	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Ambulanz der Augenklinik <i>Die Ambulanz der Augenklinik steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### **B-[2700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
2	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
3	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
4	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut

#	Ambulanz	Leistung
5	Privatambulanz	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
6	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
7	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
8	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
9	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
10	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
11	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
12	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
13	Privatambulanz	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
14	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
15	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
16	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
17	Privatambulanz	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
18	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
19	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA18 - Laserchirurgie des Auges
20	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
21	Vor- und nachstationäre Leistungen	VA15 - Plastische Chirurgie
22	Ambulanz Refraktive Chirurgie	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
23	Ambulanz Refraktive Chirurgie	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
24	Ambulanz Refraktive Chirurgie	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
25	Ambulanz Refraktive Chirurgie	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
26	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
27	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
28	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
29	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
30	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
31	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
32	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
33	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

#	Ambulanz	Leistung
34	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
35	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA18 - Laserchirurgie des Auges
36	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
37	Ambulanz: Erkrankungen der vorderen Augenabschnitte	VA15 - Plastische Chirurgie
38	Sehschule	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
39	Sehschule	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
40	Sehschule	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
41	Sehschule	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
42	Spezialsprechstunde	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
43	Spezialsprechstunde	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
44	Spezialsprechstunde	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
45	Spezialsprechstunde	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
46	Spezialsprechstunde	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
47	Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
48	Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut

#	Ambulanz	Leistung
49	Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
50	Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
51	Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
52	Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut	VA18 - Laserchirurgie des Auges
53	Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut	VA17 - Spezialsprechstunde
54	Ambulanz der Augenklinik	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
55	Ambulanz der Augenklinik	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
56	Ambulanz der Augenklinik	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
57	Ambulanz der Augenklinik	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
58	Ambulanz der Augenklinik	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
59	Ambulanz der Augenklinik	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
60	Ambulanz der Augenklinik	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
61	Ambulanz der Augenklinik	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
62	Ambulanz der Augenklinik	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn

#	Ambulanz	Leistung
63	Ambulanz der Augenklinik	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
64	Ambulanz der Augenklinik	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
65	Ambulanz der Augenklinik	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
66	Ambulanz der Augenklinik	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
67	Ambulanz der Augenklinik	VA15 - Plastische Chirurgie

### **B-[2700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	1445
2	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	900
3	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	500
4	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	256
5	5-142	Kapsulotomie der Linse	213
6	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	136
7	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	116
8	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	102
9	5-097	Blepharoplastik	71
10	5-092	Operationen an Kanthus und Epikanthus	48
11	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	33
12	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	23
13	5-129	Andere Operationen an der Kornea	10

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	8
15	5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	7
16	5-095	Naht des Augenlides	5
17	5-137	Andere Operationen an der Iris	5
18	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	4
19	5-153	Revision, Wechsel und Entfernung einer Cerclage oder Plombe, die zur Fixation der Netzhaut angelegt wurde	< 4
20	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4

## B-[2700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[2700].11 Personelle Ausstattung

### B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	18,89	Fälle je VK/Person	201,1583
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 18,89	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 3,35	<b>Stationär</b>	15,54

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		8,18	Fälle je VK/Person	601,1539
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,18	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,98	<b>Stationär</b>	5,2

### B-[2700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ04 - Augenheilkunde

### B-[2700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

## B-[1500] Chirurgische Klinik

### B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Chirurgische Klinik

#### B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

#### B-[1500].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel
Telefon	0208 309 2401
Fax	0208 309 2405
E-Mail	Heinz-Jochen.Gassel@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/chirurgische-klinik">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/chirurgische-klinik</a>

## B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
2	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
3	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
4	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
5	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
6	VC71 - Notfallmedizin
7	VC11 - Lungenchirurgie
8	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
9	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
10	VR02 - Native Sonographie
11	VC58 - Spezialsprechstunde
12	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
13	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
14	VC59 - Mediastinoskopie
15	VC24 - Tumorchirurgie
16	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
17	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
18	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
19	VC62 - Portimplantation

#	Medizinische Leistungsangebote
20	VC20 - Nierenchirurgie
21	VC21 - Endokrine Chirurgie
22	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
23	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
24	VR06 - Endosonographie
25	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
26	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
27	VR04 - Duplexsonographie

## B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1690
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	201
2	K40	Hernia inguinalis	133
3	K35	Akute Appendizitis	88
4	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	72
5	N20	Nieren- und Ureterstein	70
6	K57	Divertikulose des Darmes	69
7	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	65
8	K43	Hernia ventralis	62
9	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	57
10	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	55
11	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	46

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	K42	Hernia umbilicalis	44
13	N30	Zystitis	39
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	35
15	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	28
16	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	28
17	C16	Bösartige Neubildung des Magens	26
18	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	24
19	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	23
20	K81	Cholezystitis	22
21	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	17
22	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	16
23	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	16
24	N43	Hydrozele und Spermatozele	15
25	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	14
26	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	13
27	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	13
28	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	12
29	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	11
30	C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	10

### **B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	584
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	521
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	325

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	5-511	Cholezystektomie	275
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	239
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	223
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	168
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	168
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	166
10	8-132	Manipulationen an der Harnblase	164
11	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	152
12	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	147
13	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	135
14	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	133
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	130
16	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	126
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	120
18	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	92
19	5-98k	Art des Zystoskops	92
20	1-650	Diagnostische Koloskopie	92
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	92
22	3-13d	Urographie	90
23	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	89
24	5-470	Appendektomie	89
25	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	87
26	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	84

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	80
28	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	76
29	5-469	Andere Operationen am Darm	67
30	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	60

## B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Koloproktologische Sprechstunde
2	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Kernteam</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
4	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VC21 - Endokrine Chirurgie
2	Zentrale Notaufnahme	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
3	Privatambulanz	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
4	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
5	Privatambulanz	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie

#	Ambulanz	Leistung
6	Zentrale Notaufnahme	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
7	Zentrale Notaufnahme	VC20 - Nierenchirurgie
8	Privatambulanz	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
9	Zentrale Notaufnahme	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
10	Zentrale Notaufnahme	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
11	Privatambulanz	VC24 - Tumorchirurgie
12	Zentrale Notaufnahme	VC24 - Tumorchirurgie
13	Koloproktologische Sprechstunde	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
14	Koloproktologische Sprechstunde	VC58 - Spezialsprechstunde

### **B-[1500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	181
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	98
3	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	54
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	51
5	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	30
6	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	14
7	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	13
8	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	11
9	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	10
10	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	10
11	5-540	Inzision der Bauchwand	7
12	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	6
13	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	6
14	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	5
15	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
17	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
18	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
19	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
20	5-881	Inzision der Mamma	< 4
21	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	< 4
22	5-622	Orchidektomie	< 4
23	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
24	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4

## B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[1500].11 Personelle Ausstattung

### B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	11,14	Fälle je VK/Person	162,500015
--------	-------	-----------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,14	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,74	<b>Stationär</b>	10,4

**- davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Gesamt		7,45	<b>Fälle je VK/Person</b>	246,355682
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	7,45	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,59	<b>Stationär</b>	6,86

**B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der  
Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ13 - Viszeralchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ60 - Urologie

**B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF34 - Proktologie
4	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

## B-[1800] Gefäßchirurgische Klinik

### B-[1800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Gefäßchirurgische Klinik

#### B-[1800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1800 - Gefäßchirurgie

#### B-[1800].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Alexander Stehr
Telefon	0208 309 4441
Fax	0208 309 2443
E-Mail	Alexander.Stehr@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/gefaesschirurgische-klinik">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/gefaesschirurgische-klinik</a>

## B-[1800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[1800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
2	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
3	VC58 - Spezialsprechstunde
4	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
5	VC63 - Amputationschirurgie
6	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
7	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
8	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
9	VD20 - Wundheilungsstörungen
10	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
11	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
12	VR16 - Phlebographie
13	VC24 - Tumorchirurgie
14	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
15	VR02 - Native Sonographie
16	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
17	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
18	VR04 - Duplexsonographie
19	VR15 - Arteriographie

#	Medizinische Leistungsangebote
20	VI40 - Schmerztherapie
21	VC62 - Portimplantation
22	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
23	VX00 - („Sonstiges“): operatives Wundmanagement
24	VX00 - („Sonstiges“): Behandlung von Kompressionsyndromen
25	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
26	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
27	VX00 - („Sonstiges“): Visceralarterienchirurgie
28	VX00 - („Sonstiges“): Endovaskuläre Aortenchirurgie
29	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren

## B-[1800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1123
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[1800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	458
2	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	84
3	I83	Varizen der unteren Extremitäten	79
4	A46	Erysipel [Wundrose]	67
5	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	67
6	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	64
7	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	44
8	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	34

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	30
10	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	20
11	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	14
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	12
13	I50	Herzinsuffizienz	9
14	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	8
15	I87	Sonstige Venenkrankheiten	8
16	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	7
17	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	7
18	L03	Phlegmone	6
19	I63	Hirnfarkt	6
20	N18	Chronische Nierenkrankheit	5
21	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	5
22	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	5
23	I86	Varizen sonstiger Lokalisationen	4
24	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	4
25	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	4
26	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
27	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	< 4
28	G54	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus	< 4
29	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	< 4
30	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	< 4

## B-[1800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	661
2	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	543
3	5-381	Endarteriektomie	524
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	409
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	380
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	330
7	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	320
8	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	286
9	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	276
10	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	259
11	5-983	Reoperation	246
12	5-916	Temporäre Weichteildeckung	228
13	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	219
14	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	215
15	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	207
16	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	194
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	189
18	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	188
19	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	173
20	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	172
21	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	165

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
22	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	156
23	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	143
24	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	133
25	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	125
26	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	112
27	3-200	Native Computertomographie des Schädels	107
28	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	103
29	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	99
30	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	92

## B-[1800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>hinzuzuziehende Fachärzte</i>
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
3	AM07 - Privatambulanz	Gefäßchirurgische Sprechstunde <i>Sprechstunde für Erkrankungen der hirnversorgenden Gefäße; Sprechstunde für Erkrankungen an den großen Arterien im Bauch und Beinbereich; Venensprechstunde mit Verbandssprechstunde bei offenen Wunden; Sprechstunde Diabetischer Fuß</i>
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

## B-[1800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VC63 - Amputationschirurgie
2	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
3	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VR15 - Arteriographie
4	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
6	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VR04 - Duplexsonographie
7	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
8	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
9	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
10	Gefäßchirurgische Sprechstunde	VR16 - Phlebographie

## B-[1800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	41
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	22
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	19
4	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	15
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	11
6	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	7

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	5
8	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
9	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	< 4
10	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
11	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4
12	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	< 4

## B-[1800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[1800].11 Personelle Ausstattung

### B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	9,33	Fälle je VK/Person	124,0884
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 9,33	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,28	<b>Stationär</b>	9,05

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,56	Fälle je VK/Person	256,3927
--------	------	--------------------	----------

Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,56	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,18	<b>Stationär</b>	4,38

### **B-[1800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ07 - Gefäßchirurgie

### **B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF31 - Phlebologie

## B-[0300] Kardiologische Klinik

### B-[0300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kardiologische Klinik

#### B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 - Kardiologie

#### B-[0300].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Iskandar Djajadisastra
Telefon	0208 309 2674
Fax	0208 309 2678
E-Mail	Iskandar.Djajadisastra@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/kardiologische-klinik">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/kardiologische-klinik</a>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Hamza Ademi
Telefon	0208 309 2674

Fax	0208 309 2678
E-Mail	Hamza.Ademi@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/kardiologische-klinik">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/kardiologische-klinik</a>

## B-[0300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[0300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>einschließlich percutaner Vorhofverschluss</i>
3	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
5	VI00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz
6	VI00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Herzklappen
7	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
8	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
9	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

#	Medizinische Leistungsangebote
10	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
11	VC05 - Schrittmachereingriffe
12	VC06 - Defibrillatoreingriffe
13	VI20 - Intensivmedizin
14	VI27 - Spezialsprechstunde
15	VI42 - Transfusionsmedizin
16	VI34 - Elektrophysiologie <i>inklusive der Katheterablation aller Arrhythmieformen, ggf. mit 3D-Mapping</i>

## B-[0300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2627
Teilstationäre Fallzahl	1

### B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	483
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	459
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	262
4	R55	Synkope und Kollaps	170
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	170
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	170
7	I20	Angina pectoris	114
8	I47	Paroxysmale Tachykardie	90
9	R07	Hals- und Brustschmerzen	90
10	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	56
11	I26	Lungenembolie	53

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	R42	Schwindel und Taumel	34
13	R00	Störungen des Herzschlages	32
14	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	31
15	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	25
16	I95	Hypotonie	23
17	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	18
18	I42	Kardiomyopathie	17
19	I11	Hypertensive Herzkrankheit	13
20	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	13
21	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	13
22	R06	Störungen der Atmung	12
23	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	11
24	N17	Akutes Nierenversagen	10
25	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	9
26	I46	Herzstillstand	8
27	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	7
28	A41	Sonstige Sepsis	7
29	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	7
30	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	7

### **B-[0300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	951
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	821
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	803

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	777
5	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	722
6	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	659
7	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	486
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	415
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	409
10	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	393
11	1-268	Kardiales Mapping	381
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	285
13	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	284
14	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	247
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	230
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	207
17	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	204
18	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	186
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	153
20	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	147
21	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	146
22	1-710	Ganzkörperplethysmographie	143
23	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	143
24	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	130
25	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	126
26	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	105

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	102
28	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	101
29	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	90
30	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	84

## B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Konsiliarische Beratung <i>Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schrittmacher- Sprechstunde
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	CRT-Sprechstunde
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Hinzuziehende Fachärzte</i>
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Prä- und Postoperative Sprechstunde <i>Durchführung von prä- und postoperativen Leistungen</i>
6	AM07 - Privatambulanz	allgemeine kardiologische Sprechstunde

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
7	AM07 - Privatambulanz	Rhythmussprechstunde
8	AM07 - Privatambulanz	Schrittmacher Sprechstunde
9	AM07 - Privatambulanz	CRT Sprechstunde
		Zentrale Notaufnahme
10	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### **B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Rhythmussprechstunde	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
2	Rhythmussprechstunde	VI34 - Elektrophysiologie
3	Schrittmacher Sprechstunde	VC06 - Defibrillatoreingriffe
4	Schrittmacher Sprechstunde	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
5	Schrittmacher Sprechstunde	VC05 - Schrittmachereingriffe
6	CRT Sprechstunde	VI00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz
7	CRT-Sprechstunde	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
8	CRT-Sprechstunde	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
9	Zentrale Notaufnahme	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	Zentrale Notaufnahme	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
11	Zentrale Notaufnahme	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	Zentrale Notaufnahme	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

#	Ambulanz	Leistung
13	Zentrale Notaufnahme	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
14	Zentrale Notaufnahme	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
15	Zentrale Notaufnahme	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
16	Zentrale Notaufnahme	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

### B-[0300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	131
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
4	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	< 4
5	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 4

### B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-[0300].11 Personelle Ausstattung

#### B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und

dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	18,63	Fälle je VK/Person	144,977921
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 18,63	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,51	<b>Stationär</b>	18,12

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,55	Fälle je VK/Person	281,56485
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 9,55	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,22	<b>Stationär</b>	9,33

### B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
3	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie

### B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF28 - Notfallmedizin

## B-[3600] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

### B-[3600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

#### B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

#### B-[3600].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Eva Kottenberg
Telefon	0208 309 2451
Fax	0208 309 2458
E-Mail	Eva.Kottenberg@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-anaesthesiologie-intensivmedizin-und-schmerztherapie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-anaesthesiologie-intensivmedizin-und-schmerztherapie</a>

## B-[3600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[3600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI20 - Intensivmedizin
2	VI38 - Palliativmedizin
3	VI40 - Schmerztherapie
4	VC71 - Notfallmedizin
5	VI00 - („Sonstiges“): Anästhesiologie

## B-[3600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

## B-[3600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Privatsprechstunde
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### B-[3600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[3600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[3600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[3600].11 Personelle Ausstattung

### B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	20,35	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 20,35	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 2,83	<b>Stationär</b>	17,52

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,69	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,02	Stationär	5,67

### B-[3600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ23 - Innere Medizin

### B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF15 - Intensivmedizin
4	ZF28 - Notfallmedizin
5	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

## B-[3751] Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

### B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

#### B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

#### B-[3751].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Claus Nolte-Ernsting
Telefon	0208 309 2701
Fax	0208 309 2725
E-Mail	claus.nolte-ernsting@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie</a>

## B-[3751].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR41 - Interventionelle Radiologie <i>Interventionell-radiologische Gefäßmedizin, Tumorthherapie und Schmerzbehandlung. Angiographisch und CT-gesteuert u.a..</i>
2	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
3	VR47 - Tumorembolisation <i>Transarterielle Chemoembolisation sowie Thermoablation mit Radiofrequenz und/oder Mikrowelle zur Tumorerstörung durch Hitze in Leber, Lunge, Niere, Nebenniere und Skelettsystem.</i>
4	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>unter anderem Kardio-MRT, MR Mammographie, MR Angiographie, MR Urographie</i>
5	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
6	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
7	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Leberspezifisches MR-Kontrastmittel</i>
8	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
9	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
10	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
11	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
12	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen

#	Medizinische Leistungsangebote
13	VR18 - Szintigraphie <i>In Kooperation mit nuklearmedizinischer Praxis</i>
14	VR16 - Phlebographie
15	VR15 - Arteriographie
16	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>unter anderem Kardio-CT, CT-Urographie, Clip-/Drahtmarkierung, Perfusionsbildgebung</i>
17	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
18	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
19	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) <i>Mammographisch gesteuerte Drahtmarkierungen</i>
20	VR02 - Native Sonographie
21	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung <i>Zusätzliche Spezial-Verfahren: Videofluoroskopie; Myelographie, Diskographie, Defäkographie, Fisteldarstellung</i>

## B-[3751].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

## B-[3751].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
---	------------------	--------------------------

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Diagnostische Röntgen- und Kathetereingriffe, Therapeutische Eingriffe mittels Röntgenkatheter
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Phlebographie und Angiographie
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Hinzuzuziehende Fachärzte</i>
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
6	AM07 - Privatambulanz	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie
7	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### **B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Vor- und nachstationäre Leistungen	VR00 - („Sonstiges“)
2	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR15 - Arteriographie
3	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung

#	Ambulanz	Leistung
4	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR16 - Phlebographie
5	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
6	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
7	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
8	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
9	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR41 - Interventionelle Radiologie
10	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
11	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
12	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
13	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR02 - Native Sonographie
14	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
15	Sprechstunde zur radiologischen Diagnostik und Therapie	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)

### **B-[3751].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	45
2	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	16
3	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	13
4	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	12
5	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	10

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	9
7	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	6
8	3-608	Superselektive Arteriographie	5
9	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	< 4

## B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[3751].11 Personelle Ausstattung

### B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,77	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 7,77	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 1,98	<b>Stationär</b>	5,79

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,97	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 4,97	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 1,26	<b>Stationär</b>	3,71

### **B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie
2	AQ45 - Öffentliches Gesundheitswesen

### **B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

## B-[0200] Klinik für Geriatrie und Neurogeriatrie

### B-[0200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Geriatrie und Neurogeriatrie

#### B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie

#### B-[0200].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Christian Triebel
Telefon	0208 309 2604
Fax	0208 309 2628
E-Mail	Christian.triebel@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-geriatrie-und-neurogeriatrie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-geriatrie-und-neurogeriatrie</a>

## B-[0200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
2	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
3	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
4	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
5	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
6	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
7	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
8	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
9	VI40 - Schmerztherapie
10	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
11	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
12	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
13	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
14	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen <i>bezogen auf die Geriatrie</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
15	VX00 - („Sonstiges“): Schlaganfallschwerpunktstation mit 24 Stunden Lyse-Bereitschaft <i>Stroke Unit</i>
16	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>Geriatrische Tagesklinik als teilstationäre Leistung vorhanden</i>
17	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
18	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
19	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
20	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

## B-[0200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	877
Teilstationäre Fallzahl	99

### B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	129
2	G40	Epilepsie	67
3	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	66
4	I63	Hirninfarkt	64
5	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	51
6	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	50
7	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	44
8	G30	Alzheimer-Krankheit	44

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	34
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	19
11	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	18
12	F32	Depressive Episode	16
13	S06	Intrakranielle Verletzung	16
14	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	14
15	H81	Störungen der Vestibularfunktion	14
16	I50	Herzinsuffizienz	12
17	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	12
18	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	10
19	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	9
20	M48	Sonstige Spondylopathien	9
21	I61	Intrazerebrale Blutung	8
22	G91	Hydrozephalus	8
23	I95	Hypotonie	7
24	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	6
25	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	6
26	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6
27	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5
28	G31	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert	5
29	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	5
30	F41	Andere Angststörungen	4

## B-[0200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	1147
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	769
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	762
4	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	351
5	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	183
6	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	158
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	150
8	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	147
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	136
10	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	128
11	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	127
12	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	111
13	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	105
14	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	105
15	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	96
16	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	76
17	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	71
18	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	67
19	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	60
20	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	53
21	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	50

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
22	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	49
23	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	46
24	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	45
25	3-20x	Andere native Computertomographie	40
26	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	40
27	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	40
28	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	38
29	8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	37
30	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	33

## B-[0200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM19 - Geriatriische Institutsambulanz (GIA) nach § 118a SGB V	Zulassung zur geriatrischen Institutsambulanz (GIA)
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Geriatriische Institutsambulanz, Tagesklinik
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
4	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

## B-[0200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Zulassung zur geriatrischen Institutsambulanz (GIA)	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
2	Zulassung zur geriatrischen Institutsambulanz (GIA)	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
3	Zulassung zur geriatrischen Institutsambulanz (GIA)	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

## B-[0200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[0200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-[0200].11 Personelle Ausstattung

#### B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	5,17	Fälle je VK/Person	171,624268
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 5,17	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,06	<b>Stationär</b>	5,11

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,42	Fälle je VK/Person	257,184753
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,01	Stationär	3,41

### B-[0200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ63 - Allgemeinmedizin
3	AQ42 - Neurologie

### B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF09 - Geriatrie
4	ZF30 - Palliativmedizin

## B-[1600] Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

### B-[1600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

#### B-[1600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1600 - Unfallchirurgie

#### B-[1600].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Johannes Schneppendahl
Telefon	0208 309 2461
Fax	0208 309 2465
E-Mail	Johannes.Schneppendahl@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-orthopaedie-und-unfallchirurgie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-orthopaedie-und-unfallchirurgie</a>

## B-[1600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[1600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO21 - Traumatologie
2	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
3	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
4	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
5	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
6	VC30 - Septische Knochenchirurgie
7	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
8	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
9	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
10	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
11	VO15 - Fußchirurgie
12	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
13	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
14	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
15	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
16	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
17	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
18	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VI40 - Schmerztherapie
20	VC66 - Arthroskopische Operationen
21	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
22	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
23	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
24	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
25	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
26	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
27	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
28	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
29	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
30	VC58 - Spezialsprechstunde
31	VO14 - Endoprothetik
32	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
33	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
34	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
35	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
36	VO19 - Schulterchirurgie
37	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

## B-[1600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1243
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[1600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S52	Fraktur des Unterarmes	105
2	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	89
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	84
4	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	82
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	73
6	S06	Intrakranielle Verletzung	72
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	58
8	S72	Fraktur des Femurs	58
9	M48	Sonstige Spondylopathien	56
10	M75	Schulterläsionen	55
11	M54	Rückenschmerzen	47
12	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	37
13	M47	Spondylose	37
14	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	31
15	M19	Sonstige Arthrose	22
16	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	22
17	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	20
18	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	19
19	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	16
20	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	16
21	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	12
22	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	10
23	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	10

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	10
25	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
26	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	9
27	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	8
28	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	7
29	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	7
30	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	7

### **B-[1600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	482
2	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	320
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	292
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	261
5	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	257
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	218
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	208
8	5-986	Minimalinvasive Technik	193
9	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	186
10	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	175
11	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	134

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	133
13	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	118
14	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	109
15	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	95
16	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	92
17	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	89
18	5-984	Mikrochirurgische Technik	88
19	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	87
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	81
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	79
22	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	78
23	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	76
24	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	69
25	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	66
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	66
27	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	63
28	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	58
29	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	55
30	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	54

## B-[1600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>Wirbelsäule- und Unfallchirurgie, Endoprothetikzentrum</i>
2	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	<i>Konsiliarische Beratung und Behandlung chronischer Erkrankungen des Schulter-, Ellenbogen, Hand-, Hüft, Knie- und Sprunggelenkes und zur Abklärung der Notwendigkeit einer gelenkerhaltenden Therapie bei fokalen Knorpelschäden.</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
4	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arztambulanz <i>Berufsgenossenschaftliche Behandlung</i>
5	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
6	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### B-[1600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[1600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	75
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	71
3	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	28

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	20
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	10
6	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	8
7	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
8	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	6
9	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	5
10	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	5
11	5-841	Operationen an Bändern der Hand	4
12	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	4
13	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
14	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
15	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
16	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
17	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
18	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
19	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
20	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
21	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
22	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
23	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
24	5-856	Rekonstruktion von Faszien	< 4
25	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	< 4
26	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
28	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
29	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
30	5-846	Arthrodesen an Gelenken der Hand	< 4

## B-[1600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[1600].11 Personelle Ausstattung

### B-[1600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	9,68	Fälle je VK/Person	144,534882
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 9,68	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 1,08	<b>Stationär</b>	8,6

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	6,01	Fälle je VK/Person	226
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 6,01	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,51	<b>Stationär</b>	5,5

### **B-[1600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
3	AQ41 - Neurochirurgie

### **B-[1600].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)
2	ZF44 - Sportmedizin
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
5	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
6	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
7	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

## B-[1900] Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie

### B-[1900].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie

#### B-[1900].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1900 - Plastische Chirurgie

#### B-[1900].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christian Soimaru
Telefon	0208 309 4496
Fax	0208 309 2493
E-Mail	Christian.Soimaru@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-plastische-rekonstruktive-und-aesthetische-chirurgie-handchirurgie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-plastische-rekonstruktive-und-aesthetische-chirurgie-handchirurgie</a>

## B-[1900].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[1900].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe <i>Für mikrochirurgische und rekonstruktive Operationsverfahren steht ein OP-Mikroskop zur Verfügung.</i>
2	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
4	VC58 - Spezialsprechstunde
5	VC66 - Arthroskopische Operationen
6	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
7	VC30 - Septische Knochenchirurgie
8	VC69 - Verbrennungschirurgie
9	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
10	VO16 - Handchirurgie
11	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie <i>Gesicht: Ober- und Unterlidstraffung; Augenbrauenanhebung Brust Bauchwand Extremitäten Faltenbehandlung</i>
12	VC63 - Amputationschirurgie
13	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
14	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
15	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
16	VO17 - Rheumachirurgie

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
18	VD20 - Wundheilungsstörungen
19	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
20	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
21	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
22	VC60 - Adipositaschirurgie
23	VD18 - Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
24	<i>Zur Diagnostik von handchirurgischen Fragestellungen steht ein Mini-C-Bogen zur Verfügung.</i>
25	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
26	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
27	VD12 - Dermatochirurgie
28	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
29	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
30	VD13 - Ästhetische Dermatologie
31	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
32	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
33	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
34	VA15 - Plastische Chirurgie
35	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
36	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
37	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
38	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
39	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
40	VC68 - Mammachirurgie
41	VC24 - Tumorchirurgie

## B-[1900].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	634
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[1900].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	54
2	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	49
3	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	48
4	M72	Fibromatosen	47
5	M86	Osteomyelitis	38
6	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	32
7	M65	Synovitis und Tenosynovitis	29
8	S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	27
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	24
10	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	17
11	D21	Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	15
12	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	14
13	L03	Phlegmone	14
14	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	14
15	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	12
16	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	12
17	M19	Sonstige Arthrose	11
18	E65	Lokalisierte Adipositas	11

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	10
20	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	9
21	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	9
22	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	9
23	S68	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand	7
24	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	6
25	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	6
26	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	6
27	L90	Atrophische Hautkrankheiten	5
28	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	5
29	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	5
30	S64	Verletzung von Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand	5

### **B-[1900].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	433
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	358
3	5-343	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand	312
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	268
5	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	265
6	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	155
7	5-849	Andere Operationen an der Hand	127

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	111
9	8-190	Spezielle Verbandstechniken	97
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	75
11	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	73
12	5-844	Operation an Gelenken der Hand	70
13	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	65
14	5-841	Operationen an Bändern der Hand	65
15	5-845	Synovialektomie an der Hand	63
16	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	59
17	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	55
18	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	53
19	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	52
20	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	51
21	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	50
22	5-907	Revision einer Hautplastik	50
23	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	49
24	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	47
25	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	46
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	42
27	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	39
28	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	37
29	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	34
30	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	33

## B-[1900].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Plastische- Rekonstruktive- und Handchirurgie
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
3	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arztambulanz
4	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme  <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### B-[1900].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[1900].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

### B-[1900].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-841	Operationen an Bändern der Hand	78
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	63
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	58
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	44
5	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	27

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-849	Andere Operationen an der Hand	24
7	1-697	Diagnostische Arthroskopie	20
8	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	20
9	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	10
10	5-845	Synovialektomie an der Hand	10
11	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	9
12	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	7
13	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	6
14	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	5
15	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	4
16	5-844	Operation an Gelenken der Hand	4
17	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
18	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
19	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
20	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
21	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
22	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
23	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
24	5-79A	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	< 4
25	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
26	5-046	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär	< 4
27	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	< 4
28	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
30	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	< 4

## B-[1900].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden Ja

Stationäre BG-Zulassung Ja

VAV - Verfahren Hand

## B-[1900].11 Personelle Ausstattung

### B-[1900].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	6,69	Fälle je VK/Person	104,966888
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 6,69	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,65	<b>Stationär</b>	6,04

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,53	Fälle je VK/Person	200
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 3,53	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,36	<b>Stationär</b>	3,17

### **B-[1900].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003)
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
3	AQ06 - Allgemeinchirurgie

### **B-[1900].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF12 - Handchirurgie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

## B-[3300] Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie

### B-[3300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie

#### B-[3300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3300 - Strahlenheilkunde

#### B-[3300].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dirk Geismar
Telefon	0208 309 4751
Fax	0208 309 2780
E-Mail	dirk.geismar@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-radioonkologie-und-strahlentherapie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-radioonkologie-und-strahlentherapie</a>

## B-[3300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[3300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie
2	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
3	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie <i>Linearbeschleuniger, Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT), Volumenmodulierte Strahlentherapie (VMAT), simultan integrierte Boost-Bestrahlung (SIB), Bildgeführte Radiotherapie (IGRT), Stereotaktische Strahlentherapie,</i>
4	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie <i>exklusive Brachytherapie</i>
5	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie <i>exklusive Brachytherapie</i>

## B-[3300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	32
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[3300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	5
2	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	5
3	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	5
4	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	5
5	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	4
6	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	4
7	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	< 4
8	C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	< 4
9	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	< 4

### B-[3300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	178
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	16
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	14
4	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	9
5	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	8
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	7
7	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	7
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	6
9	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	6

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	8-52e	Eine oder mehrere simultan-integrierte Boost-Bestrahlungen [SIB]	5
11	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	4
12	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4
13	8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	< 4
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	< 4
15	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	< 4
16	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
17	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	< 4
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
19	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
20	8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen	< 4
21	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4

## B-[3300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Strahlentherapie
2	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Kernteam</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
4	AM07 - Privatambulanz	Sprechstunde Strahlentherapie

## B-[3300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Strahlentherapie	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
2	Strahlentherapie	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
3	Strahlentherapie	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
4	Strahlentherapie	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
5	Sprechstunde Strahlentherapie	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
6	Sprechstunde Strahlentherapie	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
7	Sprechstunde Strahlentherapie	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
8	Sprechstunde Strahlentherapie	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
9	Strahlentherapie	VA00 - („Sonstiges“): Alle Leistungen exklusive Brachytherapie

## B-[3300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[3300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-[3300].11 Personelle Ausstattung

#### B-[3300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung

werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	1,66	Fälle je VK/Person	19,27711
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 1,66	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	1,66

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	1,66	Fälle je VK/Person	19,27711
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 1,66	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	1,66

### B-[3300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ58 - Strahlentherapie
2	AQ54 - Radiologie

### B-[3300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

## B-[0100] Medizinische Klinik für allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie

### B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik für allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie

#### B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

#### B-[0100].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Philip Hilgard
Telefon	0208 309 2601
Fax	0208 309 2628
E-Mail	Philip.Hilgard@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/medizinische-klinik-fuer-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/medizinische-klinik-fuer-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie</a>

## B-[0100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
2	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
3	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
4	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
6	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
7	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
8	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
9	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
10	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
11	VR02 - Native Sonographie
12	VX00 - („Sonstiges“): Schulungszentrum Typ 2 Diabetes mellitus
13	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
14	VI20 - Intensivmedizin
15	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
16	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
17	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
18	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
20	VI35 - Endoskopie
21	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
22	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
23	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis <i>exkl. der Therapie der Urolithiasis</i>
24	VI42 - Transfusionsmedizin
25	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
26	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
27	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
28	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
29	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
30	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
31	VR06 - Endosonographie
32	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
33	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
34	VR04 - Duplexsonographie

## B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2163
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	144

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	96
3	K29	Gastritis und Duodenitis	95
4	K57	Divertikulose des Darmes	87
5	D64	Sonstige Anämien	73
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	67
7	K80	Cholelithiasis	65
8	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	49
9	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	45
10	K85	Akute Pankreatitis	41
11	D50	Eisenmangelanämie	40
12	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	39
13	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	34
14	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	34
15	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	30
16	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	29
17	K25	Ulcus ventriculi	28
18	R53	Unwohlsein und Ermüdung	27
19	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	27
20	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	27
21	K70	Alkoholische Leberkrankheit	26
22	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	25
23	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	25
24	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	24
25	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	23

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	23
27	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	22
28	R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	21
29	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	21
30	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	20

### **B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1164
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	968
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	804
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	620
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	599
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	474
7	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	375
8	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	358
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	322
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	320
11	3-056	Endosonographie des Pankreas	257
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	257
13	3-053	Endosonographie des Magens	250
14	3-051	Endosonographie des Ösophagus	244
15	3-054	Endosonographie des Duodenums	233
16	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	208

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	205
18	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	201
19	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	194
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	168
21	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	158
22	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	149
23	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	136
24	3-206	Native Computertomographie des Beckens	117
25	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	100
26	5-469	Andere Operationen am Darm	96
27	3-202	Native Computertomographie des Thorax	91
28	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	77
29	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	73
30	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	72

## B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Endosonographie-Sprechstunde  <i>Endosonographie, Mitbehandlung bei viralen und immunologischen Lebererkrankungen</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Langzeit-pH Metrie und Ösophagus manometrie
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Hinzuziehende Fachärzte</i>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
5	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
6	AM07 - Privatambulanz	Chronisch-endzündliche-Darmerkrankungen
7	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Vor- und nachstationäre Leistungen	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	Privatambulanz	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
3	Chronisch-endzündliche-Darmerkrankungen	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
4	Chronisch-endzündliche-Darmerkrankungen	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
5	Endosonographie-Sprechstunde	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
6	Zentrale Notaufnahme	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
7	Zentrale Notaufnahme	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

#	Ambulanz	Leistung
8	Zentrale Notaufnahme	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
9	Zentrale Notaufnahme	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
10	Zentrale Notaufnahme	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
11	Zentrale Notaufnahme	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
12	Zentrale Notaufnahme	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
13	Zentrale Notaufnahme	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
14	Zentrale Notaufnahme	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
15	Zentrale Notaufnahme	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
16	Zentrale Notaufnahme	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
17	Zentrale Notaufnahme	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
18	Zentrale Notaufnahme	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
19	Zentrale Notaufnahme	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
20	Zentrale Notaufnahme	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
21	Zentrale Notaufnahme	VR04 - Duplexsonographie
22	Zentrale Notaufnahme	VI35 - Endoskopie
23	Zentrale Notaufnahme	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
24	Zentrale Notaufnahme	VR02 - Native Sonographie
25	Zentrale Notaufnahme	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel

## B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	879
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	85
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	44
4	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
5	5-431	Gastrostomie	< 4

## B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[0100].11 Personelle Ausstattung

### B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	14,14	Fälle je VK/Person	159,161148
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 14,14	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,55	<b>Stationär</b>	13,59

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,37	Fälle je VK/Person	358,112579
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,33	Stationär	6,04

### B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
3	AQ01 - Anästhesiologie
4	AQ63 - Allgemeinmedizin

### B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF07 - Diabetologie
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF15 - Intensivmedizin
5	ZF52 - Ernährungsmedizin

## B-[0500] Medizinische Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin

### B-[0500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin

#### B-[0500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0500 - Hämatologie und internistische Onkologie

#### B-[0500].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Jan Schröder
Telefon	0208 309 2669
Fax	0208 309 3129
E-Mail	Jan.Schroeder@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/medizinische-klinik-fuer-haematologie-onkologie-und-palliativmedizin">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/medizinische-klinik-fuer-haematologie-onkologie-und-palliativmedizin</a>

## B-[0500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[0500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
2	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
3	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
4	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
5	VR06 - Endosonographie
	VI38 - Palliativmedizin
6	<i>Palliativstation mit 5 Behandlungszimmern und geschulten palliativmedizinischen Team (Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberatung, Logopädie, Krankenhausseelsorge, Pflegekräfte, Palliativmediziner, Schmerztherapeuten, ambulanter Palliativpflegedienst, PDL des Hospiz)</i>
7	VU17 - Prostatazentrum
8	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
9	VI27 - Spezialsprechstunde <i>Onkologische Sprechstunde</i>
10	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
11	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
12	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
13	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
14	VI42 - Transfusionsmedizin
15	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

#	Medizinische Leistungsangebote
16	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
17	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
18	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
19	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
20	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
21	VI40 - Schmerztherapie
22	VR04 - Duplexsonographie
23	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
24	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
25	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
26	VU15 - Dialyse
27	VU18 - Schmerztherapie
28	VI37 - Onkologische Tagesklinik <i>In Kooperation mit der Onkologischen Praxis PD Dr. Jan Schröder</i>
29	VK02 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
30	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
31	VR02 - Native Sonographie
32	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
33	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
34	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
35	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
36	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
37	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
38	VI20 - Intensivmedizin
39	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute <i>Bei Karzinomen / Maligne Erkrankungen</i>
40	VN23 - Schmerztherapie

#	Medizinische Leistungsangebote
41	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
42	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
43	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
44	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
45	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
46	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
47	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
48	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
49	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
50	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
51	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
52	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

## B-[0500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1339
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[0500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	205
2	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	63
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	53
4	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	53
5	C83	Nicht follikuläres Lymphom	43

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	40
7	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	40
8	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	38
9	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	32
10	C92	Myeloische Leukämie	32
11	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	29
12	C16	Bösartige Neubildung des Magens	28
13	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	23
14	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	22
15	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	21
16	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	20
17	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	19
18	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	16
19	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	15
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	15
21	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	15
22	D46	Myelodysplastische Syndrome	14
23	C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	13
24	C91	Lymphatische Leukämie	13
25	D47	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	13
26	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	12
27	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	11
28	R11	Übelkeit und Erbrechen	10

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
29	D61	Sonstige aplastische Anämien	10
30	C82	Follikuläres Lymphom	10

### **B-[0500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	593
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	569
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	454
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	435
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	403
6	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	375
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	336
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	317
9	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	283
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	194
11	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	190
12	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	154
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	139
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	139
15	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	134
16	1-650	Diagnostische Koloskopie	124
17	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	122
18	8-547	Andere Immuntherapie	100
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	97

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
20	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	96
21	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	96
22	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	88
23	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	88
24	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	83
25	3-206	Native Computertomographie des Beckens	77
26	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	74
27	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	71
28	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	71
29	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	69
30	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	59

## B-[0500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
3	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz <i>Diagnostik und Therapie von hämato-onkologischen Erkrankungen, Palliativmedizin und Schmerztherapie bei onkologischen Patienten. Zweitmeinungssprechstunde und interdisziplinäre Tumorsprechstunde.</i>
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

## B-[0500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[0500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#### B-[0500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[0500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-[0500].11 Personelle Ausstattung

#### B-[0500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	8,18	Fälle je VK/Person	167,584488
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 8,18	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,19	<b>Stationär</b>	7,99

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,42	Fälle je VK/Person	393,823517
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 3,42	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,02	<b>Stationär</b>	3,4

### **B-[0500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

### **B-[0500].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
2	ZF30 - Palliativmedizin

## B-[2425] Mülheimer Frauenklinik

### B-[2425].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Mülheimer Frauenklinik

#### B-[2425].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2425 - Frauenheilkunde
2	2500 - Geburtshilfe

#### B-[2425].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andrea Schmidt
Telefon	0208 309 2501
Fax	0208 309 2519
E-Mail	Andrea.Schmidt@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/muelheimer-frauenklinik-gynaekologie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/muelheimer-frauenklinik-gynaekologie</a>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andrea Schmidt

Telefon	0208 309 2501
Fax	0208 309 2519
E-Mail	andrea.schmidt@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/muelheimer-frauenklinik-geburtshilfe">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/muelheimer-frauenklinik-geburtshilfe</a>

## B-[2425].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[2425].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
2	VG07 - Inkontinenzchirurgie
3	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
6	VG05 - Endoskopische Operationen
7	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
8	VG16 - Urogynäkologie
9	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
10	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
12	VG15 - Spezialsprechstunde
13	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
14	VR04 - Duplexsonographie
15	VR02 - Native Sonographie
16	VR06 - Endosonographie
17	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
18	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
19	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
20	VG19 - Ambulante Entbindung
21	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
22	VG00 - („Sonstiges“): Betreuung von Schwangerschaften

## B-[2425].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2535
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[2425].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	714
2	O70	Dammriss unter der Geburt	204
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	119
4	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	109
5	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	96

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	84
7	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	80
8	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	78
9	D25	Leiomyom des Uterus	71
10	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	56
11	N81	Genitalprolaps bei der Frau	54
12	O80	Spontangeburt eines Einlings	51
13	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	46
14	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	42
15	O42	Vorzeitiger Blasensprung	38
16	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	30
17	O00	Extrauterin gravidität	27
18	N80	Endometriose	27
19	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	27
20	N70	Salpingitis und Oophoritis	25
21	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	24
22	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	22
23	O98	Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	20
24	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	20
25	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	20
26	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19
27	O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	18
28	O48	Übertragene Schwangerschaft	17

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
29	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	17
30	O61	Misslungene Geburtseinleitung	16

### **B-[2425].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	740
2	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	631
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	401
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	363
5	5-749	Andere Sectio caesarea	359
6	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	261
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	255
8	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	192
9	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	119
10	3-100	Mammographie	115
11	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	113
12	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	98
13	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	97
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	94
15	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	93
16	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	73
17	5-661	Salpingektomie	73
18	5-728	Vakuumentbindung	72
19	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	70
20	9-984	Pflegebedürftigkeit	70

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
21	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	68
22	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	68
23	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	67
24	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	65
25	5-653	Salpingoovariektomie	61
26	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	60
27	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	56
28	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	53
29	3-709	Szintigraphie des Lymphsystems	48
30	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	47

## B-[2425].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Tumorsprechstunde, ambulante Ermächtigung zur Verlaufskontrolle bei neoadjuvanter Chemotherapie,
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Sprechstunde für abklärungsbedürftige Befunde der Brust
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Urogynäkologische-Sprechstunde <i>Sprechstunde für Frauen mit Harninkontinenz und Senkungsleiden. Einschl. der Möglichkeit urodynamischer Messungen.</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Zweit-Meinungssprechstunde
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Multidisziplinäre Fallkonferenzen <i>Teilnahme an multidisziplinären Fallkonferenzen</i>
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Dysplasiesprechstunde, Urogynäkologie
7	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumore der Bauchhöhle <i>hinzuzuziehende Fachärzte</i>
8	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
9	AM07 - Privatambulanz	Gynäkologie-Sprechstunde
10	AM07 - Privatambulanz	Zweite Meinungs-Sprechstunde <i>Sprechstunde für abklärungsbedürftige Befunde der Brust</i>
11	AM07 - Privatambulanz	Tumorsprechstunde
12	AM07 - Privatambulanz	Urogynäkologische-Sprechstunde <i>Sprechstunde für Frauen mit Harninkontinenz und Senkungsleiden. Einschl. der Möglichkeit urodynamischer Messungen</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
13	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz  <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>
14	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Geburtsplanungs-Sprechstunde
15	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ultraschall- und Dopplersprechstunde  <i>Ultraschalluntersuchungen in Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Dopplersonographie</i>
16	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
17	AM07 - Privatambulanz	Geburtsplanungs-Sprechstunde
18	AM07 - Privatambulanz	Ultraschall- und Dopplersprechstunde  <i>Ultraschalluntersuchungen in Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Dopplersonographie</i>
19	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Kreißsaal  <i>Der Kreißsaal steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### **B-[2425].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Gynäkologie-Sprechstunde	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
2	Gynäkologie-Sprechstunde	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

#	Ambulanz	Leistung
3	Gynäkologie-Sprechstunde	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
4	Gynäkologie-Sprechstunde	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	Gynäkologie-Sprechstunde	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
6	Gynäkologie-Sprechstunde	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
7	Urogynäkologische-Sprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
8	Urogynäkologische-Sprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
9	Tumorsprechstunde	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
10	Tumorsprechstunde	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
11	Tumorsprechstunde, ambulante Ermächtigung zur Verlaufskontrolle bei neoadjuvanter Chemotherapie,	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
12	Tumorsprechstunde, ambulante Ermächtigung zur Verlaufskontrolle bei neoadjuvanter Chemotherapie,	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
13	Tumorsprechstunde, ambulante Ermächtigung zur Verlaufskontrolle bei neoadjuvanter Chemotherapie,	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
14	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG00 - („Sonstiges“)
15	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
16	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
17	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
18	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

#	Ambulanz	Leistung
19	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
20	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
21	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG05 - Endoskopische Operationen
22	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
23	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG07 - Inkontinenzchirurgie
24	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
25	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VR02 - Native Sonographie
26	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG15 - Spezialsprechstunde
27	Zentrale Notaufnahme und Gynäkologische Ambulanz	VG16 - Urogynäkologie
28	Zweite Meinungs-Sprechstunde	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
29	Zweite Meinungs-Sprechstunde	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
30	Zweite Meinungs-Sprechstunde	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
31	Zweite Meinungs-Sprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
32	Zweit-Meinungssprechstunde	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
33	Zweit-Meinungssprechstunde	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
34	Zweit-Meinungssprechstunde	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
35	Kreißsaal	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

#	Ambulanz	Leistung
36	Kreißsaal	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
37	Kreißsaal	VR02 - Native Sonographie

### **B-[2425].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	317
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	240
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	199
4	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	77
5	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	43
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	41
7	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	23
8	5-881	Inzision der Mamma	13
9	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	11
10	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	10
11	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	7
12	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	4
13	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	4
14	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
15	5-661	Salpingektomie	< 4
16	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4
17	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
18	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
19	5-675	Andere Rekonstruktion der Cervix uteri	< 4
20	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
21	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	< 4
22	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
23	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
24	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
25	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4

## B-[2425].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[2425].11 Personelle Ausstattung

### B-[2425].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Das ärztliche Personal der Frauenklinik wurde anhand eines von uns definierten Verteilungsschlüssels auf Basis der Belegungszahlen eingesetzten Mitarbeiter in die Fachabteilungen der Gynäkologie und Geburtshilfe durchschnittlich verteilt. Hierbei ist zu beachten, dass alle Mitarbeiter die Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe bedienen.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	10,84	Fälle je VK/Person	261,3402
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 10,84	<b>Ohne</b>	0

Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 1,14	<b>Stationär</b> 9,7
<b>- davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>		
Gesamt	4,74	Fälle je VK/Person 643,401
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 4,74	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,8	<b>Stationär</b> 3,94

### **B-[2425].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

### **B-[2425].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
2	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement

## B-[0800] Pneumologische Klinik

### B-[0800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Pneumologische Klinik

#### B-[0800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0800 - Pneumologie

#### B-[0800].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ulrich Wilke
Telefon	0208 309 2771
Fax	0208 309 2772
E-Mail	Ulrich.Wilke@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/pneumologische-klinik">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/pneumologische-klinik</a>

## B-[0800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[0800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
2	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
3	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
4	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
5	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
6	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
7	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
10	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
11	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
12	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
13	VI20 - Intensivmedizin
14	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
15	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
16	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
17	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
18	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
20	VI35 - Endoskopie
21	VI38 - Palliativmedizin
22	VR02 - Native Sonographie
23	VR06 - Endosonographie

## B-[0800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	916
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[0800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	215
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	105
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	68
4	D38	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	61
5	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	34
6	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	32
7	J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	27
8	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	25
9	I50	Herzinsuffizienz	20
10	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	20
11	J46	Status asthmaticus	17
12	R04	Blutung aus den Atemwegen	16

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	15
14	D86	Sarkoidose	14
15	R06	Störungen der Atmung	11
16	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	11
17	J20	Akute Bronchitis	11
18	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	11
19	A41	Sonstige Sepsis	11
20	J85	Abszess der Lunge und des Mediastinums	10
21	I26	Lungenembolie	9
22	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	8
23	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	7
24	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	7
25	R05	Husten	6
26	J93	Pneumothorax	6
27	J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	6
28	T17	Fremdkörper in den Atemwegen	5
29	J47	Bronchiektasen	5
30	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	5

### **B-[0800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	547
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	378
3	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	374
4	1-710	Ganzkörperplethysmographie	331

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	256
6	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	252
7	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	242
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	223
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	142
10	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	127
11	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	110
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	106
13	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	101
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	93
15	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	85
16	1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	80
17	3-200	Native Computertomographie des Schädels	77
18	1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	69
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	63
20	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	61
21	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	48
22	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	46
23	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	46
24	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	46
25	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	45
26	8-701	Einfache endotracheale Intubation	40
27	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	38

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
28	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	33
29	8-853	Hämofiltration	32
30	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	31

## B-[0800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Potentialerhebendes Krankenhaus im Rahmen der Richtlinie über die Verordnung der Außenklinischen Intensivpflege
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
3	AM07 - Privatambulanz	Pneumologie-Sprechstunde  Zentrale Notaufnahme
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>

### B-[0800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Zentrale Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“): Notfallambulanz für alle Patienten
2	Pneumologie-Sprechstunde	VI00 - („Sonstiges“): Pneumologie-Sprechstunde

### B-[0800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[0800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[0800].11 Personelle Ausstattung

### B-[0800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	4,88	Fälle je VK/Person	191,63179
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 4,88	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,1	<b>Stationär</b>	4,78

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,18	Fälle je VK/Person	291,719727
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 3,18	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,04	<b>Stationär</b>	3,14

### B-[0800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie
2	AQ23 - Innere Medizin

## **B-[0800].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF39 - Schlafmedizin
2	ZF30 - Palliativmedizin

## B-[3700-1] Zentrum für Notfall- und Akutmedizin

### B-[3700-1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Notfall- und Akutmedizin

#### B-[3700-1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

#### B-[3700-1].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Annette Friese
Telefon	0208 309 2160
Fax	0208 309 3130
E-Mail	annette.friese@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/zentrum-fuer-notfall-und-akutmedizin">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/zentrum-fuer-notfall-und-akutmedizin</a>

## B-[3700-1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[3700-1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“) <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>
2	VX00 - („Sonstiges“) <i>Das Zentrum für Notfall- und Akutmedizin führt eine Beobachtungsstation mit sechs Betten. Diese sind alle mit Patientenüberwachungsmonitoren ausgestattet.</i>
3	VC71 - Notfallmedizin
4	VO21 - Traumatologie
5	VI20 - Intensivmedizin
6	VI40 - Schmerztherapie
7	VI42 - Transfusionsmedizin
8	VN24 - Stroke Unit

## B-[3700-1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[3700-1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

## B-[3700-1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[3700-1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.</i>
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	Zentrale Notaufnahme <i>Im Bereich der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, sowie in der Plastischen Chirurgie (Handchirurgie) gemäß §37 b. der BG-Verordnung</i>

#### B-[3700-1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Zentrale Notaufnahme	VC71 - Notfallmedizin
2	Zentrale Notaufnahme	VO21 - Traumatologie

## B-[3700-1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[3700-1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-[3700-1].11 Personelle Ausstattung

#### B-[3700-1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

## Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,21	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,21	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,63	<b>Stationär</b>	3,58

### - davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,21	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,21	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,63	<b>Stationär</b>	3,58

## B-[3700-1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

### B-[3700-1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
4	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin
5	ZF34 - Proktologie

## B-[3700] Institut Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie

### B-[3700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie

#### B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

#### B-[3700].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin im Leistungsbereich Klinische Mikrobiologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Britt Hornei
Telefon	0208 309 3451
Fax	0208 309 3459
E-Mail	Britt.Hornei@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/institut-fuer-laboratoriumsmedizin-und-klinische-mikrobiologie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/institut-fuer-laboratoriumsmedizin-und-klinische-mikrobiologie</a>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin im Leistungsbereich Laboratoriumsmedizin

Titel, Vorname, Name	Dr. med. Claudia Baumann
Telefon	0208 309 3451
Fax	0208 309 3477
E-Mail	Claudia.Baumann@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/institut-fuer-laboratoriumsmedizin-und-klinische-mikrobiologie">https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/institut-fuer-laboratoriumsmedizin-und-klinische-mikrobiologie</a>

## B-[3700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[3700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI42 - Transfusionsmedizin <i>Transfusionsmedizinische / Immunhämatologische Fachberatung</i>
2	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen <i>Reisemedizin</i>
3	VI00 - („Sonstiges“): Basislabor und Speziallabor für Serologie und Autoimmundiagnostik, Laboratoriumsmedizin <i>Allgemeine Hämatologie mit hämatologischen Ausgangsdifferenzierungen, Basisgerinnungslabor, klinische Chemie und Immunologie, Urindiagnostik, Drogenschnellteste, MRSA-PCR Testung, Blutbank und immunhämatologisches Labor für stationäre Versorgung des EKM und onkologische Ambulanzen</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
4	VX00 - („Sonstiges“): Hygienische- Mikrobiologische Untersuchungen, Sterilitätskontrollen
5	VX00 - („Sonstiges“): Mikrobiologische Konsildienst/ ABS - Visiten
6	VA00 - („Sonstiges“): Enge Kooperation mit dem Zentrallabor EKO mit spezieller Immunhämatologie, Thrombophiliediagnostik und -beratung, ELISA-, Proteinchemie-Labor und Autoimmundiagnostik, Mikrobiologie inklusive S3-Labor
7	VX00 - („Sonstiges“): Speziallabor für mikrobiologische Diagnostik einschließlich Tuberkuloseuntersuchungen und molekularbiologischer Diagnostik
8	VX00 - („Sonstiges“): Laborautomation für die klinische Chemie und Immunologie, für die Gerinnung, die Hämatologie sowie Immunhämatologie.
9	VX00 - („Sonstiges“): Das gesamte Laborleistungsspektrum besteht auch als MVZ-Leistungsangebot für niedergelassene Einsenderinnen und Einsender

## B-[3700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

### B-[3700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Niedergelassene Praxis für Laboratoriumsmedizin <i>Labordiagnostik und Mikrobiologie</i>
2	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Hinzuziehende Fachärzte</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM07 - Privatambulanz	Sprechstunde für Patienten mit Gerinnungsstörungen

### B-[3700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Sprechstunde für Patienten mit Gerinnungsstörungen	VI00 - („Sonstiges“)
2	Sprechstunde für Patienten mit Gerinnungsstörungen	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
3	Sprechstunde für Patienten mit Gerinnungsstörungen	VI42 - Transfusionsmedizin

### B-[3700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[3700].11 Personelle Ausstattung

### B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	0
--------	---	--------------------	---

Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

**- davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

**B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ38 - Laboratoriumsmedizin <i>Leistungsbereich von Frau Dr. Baumann</i>
2	AQ59 - Transfusionsmedizin <i>Leistungsbereich von Frau Dr. Baumann</i>
3	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Leistungsbereich von Frau Dr. Hornei</i>
4	AQ39 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie <i>Leistungsbereich von Frau Dr. Hornei</i>

**B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF14 - Infektiologie
2	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement

## B-[2600] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

### B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

#### B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

#### B-[2600].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Gregor Lindemann
Telefon	0208 472286
Fax	0208 449742
E-Mail	praxis@hno-mh.de
Strasse	Schulstrasse
Hausnummer	11
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	<a href="http://www.hno-facharztzentrum.de">http://www.hno-facharztzentrum.de</a>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Daniel Manz
Telefon	0208 472286
Fax	0208 449742

E-Mail	praxis@hno-mh.de
Strasse	Schulstraße
Hausnummer	11
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr

## B-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

## B-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
2	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
3	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
4	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
5	VH25 - Schnarchoperationen
6	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
7	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
8	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
9	VH23 - Spezialsprechstunde
10	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
11	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
12	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
13	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien

#	Medizinische Leistungsangebote
---	--------------------------------

14 VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

## B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	66
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	44
2	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	21
3	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

### B-[2600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	40
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	22
3	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	21
4	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	5
5	5-200	Parazentese [Myringotomie]	4
6	5-289	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	< 4
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
8	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 4

9	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	< 4
---	-------	----------------------------------	-----

## B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### B-[2600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#### B-[2600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	< 4

## B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[2600].11 Personelle Ausstattung

### B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

#### Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	33
--------	---	--------------------	----

### **B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

### **B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen (MWBO 2003)

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

##### 09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	68
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	68

##### 09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14

##### 09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	9

##### 09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Fallzahl	13
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	13

##### 09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	8

##### 09/6 - Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4

##### 10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	79
----------	----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	79
----------------------------	----

#### 15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	271
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	271
----------------------------	-----

#### 16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	781
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	781
----------------------------	-----

#### 17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	69
----------	----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	69
----------------------------	----

#### 18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	159
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	159
----------------------------	-----

#### CHE - Cholezystektomie

Fallzahl	200
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	200
----------------------------	-----

#### DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	216
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	216
----------------------------	-----

#### HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	182
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	182
----------------------------	-----

#### HEP\_IMP - Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	174
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	174
----------------------------	-----

#### HEP\_WE - Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	10
----------	----

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10
<b>KEP - Knieendoprothesenversorgung</b>	
Fallzahl	81
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	81
<b>KEP_IMP - Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation</b>	
Fallzahl	77
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	77
<b>KEP_WE - Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel</b>	
Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
<b>PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)</b>	
Fallzahl	716
Dokumentationsrate	113,13
Anzahl Datensätze Standort	810
<b>PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie</b>	
Fallzahl	330
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	330

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>330</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.                  Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
<p>Einheit</p>	<p>%</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>95,27</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>94,72 - 95,76</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>-</p>

2. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

<p><b>Ergebnis-ID</b></p>	<p><b>50045</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>PM-GEBH - Geburtshilfe</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>DeQS, QS-Planung</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Ja</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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,99
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,57 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	264
Beobachtete Ereignisse	264
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,05</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>1,04 - 1,05</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>1,19</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>1,07 - 1,31</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>774</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>260</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>219,20</p>
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>&lt;= 1,28 (90. Perzentil)</p>
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10</p>

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
4. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182000_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	19,75
Vertrauensbereich bundesweit	19,57 - 19,94
Rechnerisches Ergebnis	23,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	18,46 - 29,36
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	230
Beobachtete Ereignisse	54
5. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182300_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	33,83
Vertrauensbereich bundesweit	33,50 - 34,16
Rechnerisches Ergebnis	41,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	33,24 - 50,61
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	120
Beobachtete Ereignisse	50

6. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182301_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,54 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	

Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	27

7. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182002_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	4,05 - 4,24
Rechnerisches Ergebnis	4,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,53 - 8,80
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	189
Beobachtete Ereignisse	9

8. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182302_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	8,08
Vertrauensbereich bundesweit	7,85 - 8,32
Rechnerisches Ergebnis	19,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,25 - 30,41
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	12

9. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182303_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100,00

Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

10. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182004_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7

**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	72,64
Vertrauensbereich bundesweit	72,36 - 72,93
Rechnerisches Ergebnis	76,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,50 - 83,48

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	81

11. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182005_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8

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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	92,58
Vertrauensbereich bundesweit	92,18 - 92,96
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,09 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
<b>12. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182006_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	86,63

Vertrauensbereich bundesweit	85,96 - 87,27
Rechnerisches Ergebnis	83,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	55,20 - 95,30

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	10

13. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182007_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10

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	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,02 - 76,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

14. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182008_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

15. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182009_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	46,22
Vertrauensbereich bundesweit	45,69 - 46,75
Rechnerisches Ergebnis	23,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,56 - 47,26
<b>Fallzahl</b>	

Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	4
16. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>1058</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,16 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	15

Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
17. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>321</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
18. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51397</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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><a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. 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><a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 3,27
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

19. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51831</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 55,90

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 4,46 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>318</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

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/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,98
Vertrauensbereich bundesweit	96,73 - 97,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 1,05
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51808_51803</b>

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
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><a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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><a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p><a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,14 - 1,49
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,65

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	755
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19

23. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51813_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2

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/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten

Fachlicher Hinweis IQTIG

	Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> .
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,54
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	754
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,50

24. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51818_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,91
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	753
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,00
25. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51823_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4

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/>. 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/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine Kennzahl, die zur Berechnung des planungsrelevanten QI ID 51803 genutzt wird. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,14
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,38

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
26. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.            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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.            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:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 0,85

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,08
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	517
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,75

27. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181801_181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

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/>.

Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,77

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	448
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,43
28. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181802_181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.            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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,51
<b>Fallzahl</b>	

Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32

29. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182010</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182011</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,60 - 2,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182014</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,79
Vertrauensbereich bundesweit	8,67 - 8,92
Rechnerisches Ergebnis	9,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,65 - 11,79
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	777
Beobachtete Ereignisse	74
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 12,02 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58000</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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</p>

	<p>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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 2,73
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58004</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 1,58
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58002</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	<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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 1,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58003</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in</p>

	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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 2,12

#### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,19

Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,32
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,00 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	51

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>604</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,67
Vertrauensbereich bundesweit	99,52 - 99,77
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,69 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	23

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52240</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	12,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,66 - 20,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11704</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,00

Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	2,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,13 - 7,01

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,39

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 3,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11724</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

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/>. 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/>.

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	4,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,50 - 12,22

#### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

41. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>162301</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,25 - 1,65

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<p>42. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>605</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.            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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

43. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte

Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>606</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,60 - 3,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

44. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51859</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,22
Vertrauensbereich bundesweit	2,87 - 3,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

45. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51437</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,65 - 98,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51443</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%

Bundesergebnis	99,29
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51873</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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>

	<a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 53,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,77 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51865</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 135,61
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

49. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>162304</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,84
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

50. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51445</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Einheit	%

Bundesergebnis	1,75
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 2,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

51. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51448</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.                      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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,32
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 4,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

52. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51860</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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><a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,93
Vertrauensbereich bundesweit	3,20 - 4,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

53. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>161800</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	82,12
Vertrauensbereich bundesweit	81,69 - 82,55
Rechnerisches Ergebnis	85,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,91 - 91,72
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	65
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51846</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .

Einheit	%
Bundesergebnis	98,49
Vertrauensbereich bundesweit	98,40 - 98,58
Rechnerisches Ergebnis	97,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,58 - 99,23

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	130

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>212000</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,18
Vertrauensbereich bundesweit	94,65 - 95,65
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,18 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	19

Beobachtete Ereignisse	19
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 84,93 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>212001</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	87,40
Vertrauensbereich bundesweit	86,97 - 87,81
Rechnerisches Ergebnis	90,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,29 - 95,70
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	59
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 63,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
57. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder	

Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52330</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,36 - 99,57
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,57 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	17
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52279</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,95

Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,05
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,50 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	66

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2163</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

**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/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die

	Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50719</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,80
Vertrauensbereich bundesweit	2,40 - 3,26
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
-------------------------------	--------------

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51847</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
------------------	-----------------------------

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	DeQS
---------------------	------

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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
--------------------------	---

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	97,43
----------------	-------

Vertrauensbereich bundesweit	97,24 - 97,60
------------------------------	---------------

Rechnerisches Ergebnis	97,18
------------------------	-------

Vertrauensbereich Krankenhaus	90,30 - 99,22
-------------------------------	---------------

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	69

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
62. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51370</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,86
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,98
Rechnerisches Ergebnis	5,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,32 - 11,97
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,76 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>211800</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,53
Vertrauensbereich bundesweit	99,47 - 99,58
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,85 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	118
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 97,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51906</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere

	Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,68
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	205
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,41
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
65. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Bei diesem Indikator

Fachlicher Hinweis IQTIG	handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,93
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
66. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,19
Vertrauensbereich bundesweit	6,79 - 7,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
67. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172000_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.          Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,68 - 13,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

68. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172001_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	2
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.          Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,86 - 13,13
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
<p>69. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60685</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,18
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	88
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
70. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60686</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	19,49
Vertrauensbereich bundesweit	18,72 - 20,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 40,38 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>612</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,51
Vertrauensbereich bundesweit	88,16 - 88,84
Rechnerisches Ergebnis	98,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,73 - 99,76

#### Fallzahl

Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	73

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 74,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 72. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52283</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a>

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,07 - 3,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 7,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der</p>

	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,43
Vertrauensbereich bundesweit	1,36 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	2,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 13,90
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>74. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54030</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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</p>

	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,80
Vertrauensbereich bundesweit	8,58 - 9,02
Rechnerisches Ergebnis	11,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,08 - 21,53
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	8
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
75. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54033</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,50 - 1,46
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	11,19
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

76. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54029</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,06
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,19
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,95 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54042</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	1,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,23 - 2,85

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	8,32

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,74 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54046</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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><a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a></p>

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,01 - 3,29
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	4,81
<b>79. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54003</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,96
Vertrauensbereich bundesweit	8,75 - 9,17
Rechnerisches Ergebnis	9,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,29 - 17,74
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	9
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Ergebnis-ID**

**54015**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Bundesergebnis	1,35
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 1,37
Rechnerisches Ergebnis	1,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,05 - 2,36

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	11,22

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54016</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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</p>

	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,43 - 5,48
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
82. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54017</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,42
Rechnerisches Ergebnis	3,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,67 - 6,08
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,03
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,29 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
83. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	1,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,70 - 3,14
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,95
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,58 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
84. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54019</b>

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,28
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	82
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,61
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,86 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
85. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,35
Rechnerisches Ergebnis	2,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,78 - 4,55

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191800_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

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:

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

<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

	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,47
Vertrauensbereich bundesweit	1,40 - 1,54
Rechnerisches Ergebnis	2,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 7,02

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

87. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191801_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2

	<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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Bundesergebnis	1,21
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	1,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,31 - 6,77

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

88. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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</p>

	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 0,81

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	153
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	13,94

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

89. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54013</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	3,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,89 - 11,26
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>90. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191914</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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><a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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><a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 - 2,47
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	6,05
<p>91. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10271</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 3,05
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	181
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,05
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,49 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

92. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2005</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	98,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,50 - 99,35
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	330
Beobachtete Ereignisse	325
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
93. 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)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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><a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	98,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,36 - 99,32
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	317
Beobachtete Ereignisse	312

94. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>(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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich bundesweit	97,84 - 98,27
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,19 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	13
95. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232000_2005</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
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</p>

	finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	98,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,37 - 99,44
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	279
Beobachtete Ereignisse	275

96. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232001_2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

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	98,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,21 - 99,42

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	267
Beobachtete Ereignisse	263

97. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232002_2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12
<p>98. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>0,90</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,89 - 0,91</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>0,76</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>0,45 - 1,24</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>245</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>14</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>18,54</p>
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>&lt;= 1,69 (95. Perzentil)</p>
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>99. 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</p>	
<p><b>Ergebnis-ID</b></p>	<p><b>232007_50778</b></p>

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.            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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 1,31
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	212
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	14,66
100. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232010_50778</b>

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.            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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	0,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 2,01
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>101. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.                  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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	15,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,22 - 20,08
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	330
Beobachtete Ereignisse	52

102. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232008_231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	14,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,02 - 19,33
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	279
Beobachtete Ereignisse	41

103. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50722</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Einheit	%

Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	95,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,96 - 97,44

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	328
Beobachtete Ereignisse	314

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232009_50722</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

**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	96,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,03 - 97,77

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	277
Beobachtete Ereignisse	266

105. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54143</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,93
Vertrauensbereich bundesweit	2,80 - 3,07
Rechnerisches Ergebnis	7,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,03 - 18,17
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	4
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	0,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 1,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,78 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch</p>

	(zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%
Bundesergebnis	96,45
Vertrauensbereich bundesweit	96,38 - 96,52
Rechnerisches Ergebnis	96,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,40 - 98,12
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	254
Beobachtete Ereignisse	245
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
108. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,89

Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52311</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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</p>

	Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
--	--

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	3,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,30 - 10,46

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 4,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51191</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	2,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 12,65
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>111. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2194</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>0,98</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,94 - 1,02</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>0,36</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>0,02 - 1,57</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>&lt;= 2,51 (95. Perzentil)</p>

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
112. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2195</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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</p>

zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	8,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,46 - 27,04

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 5,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

113. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>102001</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,30 - 97,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

114. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>111801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0

115. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>121800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

116. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52315</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,58 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

117. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51404</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 52,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

118. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,64
Vertrauensbereich bundesweit	0,61 - 0,68
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,39
-------------------------------	-------------

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,24

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,20 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

119. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52316</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl</p>

	an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebezug besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,01
Vertrauensbereich bundesweit	96,88 - 97,13
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,43 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	41
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
120. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131802</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a>

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 22,81
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0

121. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52325</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a></p>

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 49,65

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 5,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

122. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51186</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 108,35

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03

123. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132001</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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</p>

	auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> . Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	2,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 8,85
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

124. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132002</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,25
Rechnerisches Ergebnis	11,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 49,98
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,76 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

125. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132003</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,34
Vertrauensbereich bundesweit	94,83 - 95,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

126. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>141800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

127. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>151800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,32
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
128. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52324</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,32 - 0,71
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
129. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51196</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 69,37
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>130. 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)</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52009</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,05</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>1,04 - 1,06</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>1,35</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>1,09 - 1,68</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>17999</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>83</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>61,29</p>
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>&lt;= 2,27 (95. Perzentil)</p>
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>131. 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)</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52326</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 0,48
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	17999
Beobachtete Ereignisse	68
<p>132. 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)</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521801</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,12
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	17999
Beobachtete Ereignisse	13

133. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521800</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . 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“.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

134. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
--------------------------	---

Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	Sentinel Event
-----------------	----------------

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>135. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56003</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	79,67
Vertrauensbereich bundesweit	79,20 - 80,13
Rechnerisches Ergebnis	82,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,68 - 91,81
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	33
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 73,47 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
136. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56004</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,70 - 2,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,05
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,57 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
137. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56005</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,78 - 0,95
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	484
Beobachtete Ereignisse	601870
Erwartete Ereignisse	698328,32
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

138. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56006</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 1,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	27382
Erwartete Ereignisse	29948,11
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,18 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

139. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56007</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,75 - 0,92
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	333
Beobachtete Ereignisse	973237
Erwartete Ereignisse	1149207,38
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
140. Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56008</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,20
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,30
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	826
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 0,14 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>141. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56012</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und

	Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,29 - 4,75
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	725
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	3,46
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	

Referenzbereich	<= 1,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 142. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56014</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,01
Vertrauensbereich bundesweit	94,79 - 95,23
Rechnerisches Ergebnis	86,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,65 - 93,26

#### Fallzahl

Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	50

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 94,19 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 143. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt

wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56018</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 2,17

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	391
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,04

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 1,03 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

144. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56020</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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</p>

fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,59 - 2,05

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	250
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	8,67

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 1,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

145. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56022</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>0,99</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,96 - 1,02</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>1,35</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>0,74 - 2,29</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>61</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>12</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>8,88</p>
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	

Referenzbereich	<= 1,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
146. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56100</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein</p>

	reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 2,38

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	23
-----------------	----

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

147. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56101</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,43 - 1,64
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	39
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
148. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56102</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
<p>Einheit</p>	<p>Punkte</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>0,88</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,88 - 0,88</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>95,59</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>86,70 - 99,67</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>34</p>
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.</p>

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

149. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzte hinzuziehen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56103</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können</p>

	die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,89
Rechnerisches Ergebnis	86,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,41 - 89,44

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	90
-----------------	----

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

150. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56104</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	82,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,10 - 85,02
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	90
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
151. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56105</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	82,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,94 - 84,56
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	90
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

	hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>152. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56106</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der</p>

	Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,75
Rechnerisches Ergebnis	67,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	63,41 - 71,72

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	62
-----------------	----

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

153. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56107</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann

Fachlicher Hinweis IQTIG	auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	75,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	61,03 - 86,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	44
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
154. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56108</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
<p>Einheit</p>	<p>Punkte</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>0,81</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,81 - 0,81</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>81,10</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>74,94 - 86,58</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>62</p>
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)</p>

	hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>155. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56109</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können</p>

	die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,84
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,84
Rechnerisches Ergebnis	93,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,96 - 96,47

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	62
-----------------	----

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

156. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56110</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	90,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,15 - 96,04
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	27
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
157. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56111</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
<b>Einheit</b>	Punkte
<b>Bundesergebnis</b>	0,79
<b>Vertrauensbereich bundesweit</b>	0,79 - 0,79
<b>Rechnerisches Ergebnis</b>	80,82
<b>Vertrauensbereich Krankenhaus</b>	76,86 - 84,53
<b>Fallzahl</b>	
<b>Grundgesamtheit</b>	90
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren

Referenzbereich	zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

158. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56112</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende</p>

	erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,62
Vertrauensbereich bundesweit	0,62 - 0,62
Rechnerisches Ergebnis	65,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	59,70 - 71,92

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	35
-----------------	----

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

159. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56113</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . Dieser

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,49
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	57,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	43,26 - 71,78
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	17
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
160. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56114</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	89,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	69,29 - 99,16
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	13
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Qualitätsbericht 2023	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren

Referenzbereich	zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
161. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56115</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in</p>

	der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,78
Rechnerisches Ergebnis	79,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,64 - 87,06

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	90
-----------------	----

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

162. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56116</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	94,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,95 - 98,35
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	90
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
163. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56117</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,96 - 2,57
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	62
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren

Referenzbereich	zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
164. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56118</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf</a> Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in</p>

	der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,69 - 1,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	23
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

**Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden**

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

#	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 1
2	Diabetes mellitus Typ 2

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

Qualitätssicherung Bauchortenaneurysma im Auftrag der DGG

Leistungsbereich	Stationäre Patienten, Erhebung der Prozessqualität und Ergebnisqualität
Ergebnis	30
Messzeitraum	01.01. – 31.12.2023
Datenerhebung	Register mit webbasierter Erfassung von Datensätzen zu Bauchortenaneurysma-Op`s (konventionell-chirur. und endovaskulär). Folgeeingriffe und Follow-up.
Rechenregeln	Keine
Referenzbereiche	Keine, Jährliche Auswertung durch die Qualitäts-Sicherungs-Kommission der DGG.
Vergleichswerte	Benchmarking, teilnehmerspezifischer Bericht.
Quellenangabe	Deutsches Institut für Gefäßmedizinische Gesundheitsforschung (DIGG), 100%ige Tochtergesellschaft der deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie.

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

### C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Erbrachte Menge	9
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	33
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250g	
Erbrachte Menge	5
	MM09: Leistungserbringung trotz

Begründung	Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund.
Erläuterungen	Notfallentbindung
<b>Kniegelenk-Totalendoprothesen</b>	
Erbrachte Menge	76

## C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene</b>	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Rechtsstreit anhängig
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	9
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	12
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene</b>	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	33
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	33
<b>Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht &lt; 1250g</b>	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Nein
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	5
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	6
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
<b>Kniegelenk-Totalendoprothesen</b>	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	76
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	85
<b>Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)</b>	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja

Leistungsmenge im Berichtsjahr	121
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	118
<b>Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen</b>	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	2
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	3

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

### Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma
2	CQ28: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, 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	113
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	87
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	87

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
2	Intensivmedizin - INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1 - Nachtschicht	100 %
3	Intensivmedizin - INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2 - Tagschicht	100 %
4	Intensivmedizin - INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2 - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 10 - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 10 - Nachtschicht	100 %
7	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Nachtschicht	83,33 % <i>akute Personalausfälle</i>
9	Neurologie - Station 32 - Tagschicht	100 %
10	Neurologie - Station 32 - Nachtschicht	100 %
11	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4 - Schwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe - Tagschicht	75 % <i>akute Personalausfälle</i>
12	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4 - Schwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe - Nachtschicht	91,67 % <i>akute Personalausfälle</i>
13	Innere Medizin, Kardiologie - Station 43 - Tagschicht	100 %
14	Innere Medizin, Kardiologie - Station 43 - Nachtschicht	100 %
15	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 44 Unfallchirurgie - Tagschicht	100 %
16	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 44 Unfallchirurgie - Nachtschicht	66,67 % <i>akute Personalausfälle</i>
17	Innere Medizin - Station 5A - Tagschicht	100 %
18	Innere Medizin - Station 5A - Nachtschicht	100 %
19	Innere Medizin, Kardiologie - Station 5B - Tagschicht	100 %
20	Innere Medizin, Kardiologie - Station 5B - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
21	Allgemeine Chirurgie - Station 6A - Tagschicht	91,67 % <i>akute Personalausfälle</i>
22	Allgemeine Chirurgie - Station 6A - Nachtschicht	100 %
23	Allgemeine Chirurgie - Station 6B - Tagschicht	100 %
24	Allgemeine Chirurgie - Station 6B - Nachtschicht	75 % <i>akute Personalausfälle</i>
25	Neurologie - Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie - Tagschicht	100 %
26	Neurologie - Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie - Nachtschicht	100 %
27	Innere Medizin - Station 8 - Tagschicht	100 %
28	Innere Medizin - Station 8 - Nachtschicht	91,67 % <i>akute Personalausfälle</i>
29	Innere Medizin, Kardiologie - Station 9 Schwerpunkt Kardiologie - Tagschicht	100 %
30	Innere Medizin, Kardiologie - Station 9 Schwerpunkt Kardiologie - Nachtschicht	91,67 % <i>akute Personalausfälle</i>
31	Neurologie - Tagesklinik Geriatrie - Tagschicht	100 %

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1 - Tagschicht	86,85 %
2	Intensivmedizin - INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1 - Nachtschicht	81,64 %
3	Intensivmedizin - INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2 - Tagschicht	88,22 %
4	Intensivmedizin - INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2 - Nachtschicht	86,58 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 10 - Tagschicht	96,71 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 10 - Nachtschicht	85,21 %
7	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Tagschicht	91,78 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
8	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Nachtschicht	59,73 % <i>akute Personalausfälle</i>
9	Neurologie - Station 32 - Tagschicht	96,95 %
10	Neurologie - Station 32 - Nachtschicht	98,47 %
11	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4 - Schwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe - Tagschicht	67,12 % <i>akute Personalausfälle</i>
12	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4 - Schwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe - Nachtschicht	78,63 % <i>akute Personalausfälle</i>
13	Innere Medizin, Kardiologie - Station 43 - Tagschicht	96,71 %
14	Innere Medizin, Kardiologie - Station 43 - Nachtschicht	90,14 %
15	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 44 Unfallchirurgie - Tagschicht	92,33 %
16	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 44 Unfallchirurgie - Nachtschicht	92,05 % <i>akute Personalausfälle</i>
17	Innere Medizin - Station 5A - Tagschicht	96,16 %
18	Innere Medizin - Station 5A - Nachtschicht	89,04 %
19	Innere Medizin, Kardiologie - Station 5B - Tagschicht	84,38 %
20	Innere Medizin, Kardiologie - Station 5B - Nachtschicht	91,51 %
21	Allgemeine Chirurgie - Station 6A - Tagschicht	86,58 % <i>akute Personalausfälle</i>
22	Allgemeine Chirurgie - Station 6A - Nachtschicht	96,16 %
23	Allgemeine Chirurgie - Station 6B - Tagschicht	84,93 %
24	Allgemeine Chirurgie - Station 6B - Nachtschicht	53,42 % <i>akute Personalausfälle</i>
25	Neurologie - Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie - Tagschicht	96,44 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
26	Neurologie - Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie - Nachtschicht	90,68 %
27	Innere Medizin - Station 8 - Tagschicht	94,52 %
28	Innere Medizin - Station 8 - Nachtschicht	70,14 % <i>akute Personalausfälle</i>
29	Innere Medizin, Kardiologie - Station 9 Schwerpunkt Kardiologie - Tagschicht	90,96 %
30	Innere Medizin, Kardiologie - Station 9 Schwerpunkt Kardiologie - Nachtschicht	88,77 % <i>akute Personalausfälle</i>
31	Neurologie - Tagesklinik Geriatrie - Tagschicht	99,18 %

### 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 Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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

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

**Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien  
angewendet**

Antwort

Nein