

Qualitätsbericht 2024
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-2	Name und Art des Krankenhausträgers	20
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	20
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	21
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	23
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	23
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	23
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	24
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	30
A-12.1.1	Verantwortliche Person	31

A-12.1.2	Lenkungsgremium	31
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	31
A-12.2.1	Verantwortliche Person	31
A-12.2.2	Lenkungsgremium	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		44
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung		44
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung		45
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	.....	45
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	.....	46
B-[0100]	Medizinische Klinik für allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie	.....	46
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		46
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel		46
B-[0100].1.2	Ärztliche Leitung		46
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	47
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	47
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		48
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD		49
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		50
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		51
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		53
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)		54
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe		55
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	55
B-[0100].11	Personelle Ausstattung		55
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen		55
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	56

B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	56
B-[0200]	Klinik für Geriatrie und Neurogeriatrie	57
B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[0200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	57
B-[0200].1.2	Ärztliche Leitung	57
B-[0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	58
B-[0200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-[0200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	59
B-[0200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	61
B-[0200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	62
B-[0200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	62
B-[0200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	63
B-[0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	63
B-[0200].11	Personelle Ausstattung	63
B-[0200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	63
B-[0200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	64
B-[0200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	64
B-[0300]	Kardiologische Klinik	65
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	65
B-[0300].1.2	Ärztliche Leitung	65
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	66
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	66

B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-[0300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	67
B-[0300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	68
B-[0300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-[0300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	71
B-[0300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	72
B-[0300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	72
B-[0300].11	Personelle Ausstattung	72
B-[0300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	72
B-[0300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	73
B-[0300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	73
B-[0500]	Medizinische Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin	74
B-[0500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[0500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	74
B-[0500].1.2	Ärztliche Leitung	74
B-[0500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	75
B-[0500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[0500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[0500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	77
B-[0500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	79
B-[0500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	80
B-[0500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	80
B-[0500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	81
B-[0500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	81
B-[0500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	81

B-[0500].11	Personelle Ausstattung	81
B-[0500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	81
B-[0500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	82
B-[0500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	82
B-[0800]	Pneumologische Klinik	83
B-[0800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	83
B-[0800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	83
B-[0800].1.2	Ärztliche Leitung	83
B-[0800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	84
B-[0800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	84
B-[0800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	85
B-[0800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	85
B-[0800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	86
B-[0800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	88
B-[0800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	88
B-[0800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	88
B-[0800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	88
B-[0800].11	Personelle Ausstattung	89
B-[0800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	89
B-[0800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	89
B-[0800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	89
B-[3300]	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie	90
B-[3300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	90
B-[3300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	90
B-[3300].1.2	Ärztliche Leitung	90

B-[3300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	91
B-[3300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	91
B-[3300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	91
B-[3300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	91
B-[3300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	92
B-[3300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	92
B-[3300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	92
B-[3300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	93
B-[3300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	93
B-[3300].11	Personelle Ausstattung	.....	93
B-[3300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	93
B-[3300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	93
B-[3300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	94
B-[2700]	Augenklinik Mülheim	.....	95
B-[2700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	95
B-[2700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	95
B-[2700].1.2	Ärztliche Leitung	.....	95
B-[2700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	96
B-[2700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	96
B-[2700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	97
B-[2700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	98
B-[2700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	99
B-[2700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	100
B-[2700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	102
B-[2700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	107

B-[2700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	108
B-[2700].11	Personelle Ausstattung		108
B-[2700].11.1	Ärzte und Ärztinnen		108
B-[2700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	109
B-[2700].11.1.2	Zusatzweiterbildung		109
B-[1500]	Chirurgische Klinik		110
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		110
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel		110
B-[1500].1.2	Ärztliche Leitung		110
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	111
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	111
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		112
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		112
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		113
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		115
B-[1500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)		115
B-[1500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe		116
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	117
B-[1500].11	Personelle Ausstattung		117
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen		117
B-[1500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	118
B-[1500].11.1.2	Zusatzweiterbildung		118
B-[1600]	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie		119
B-[1600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		119

B-[1600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	119
B-[1600].1.2	Ärztliche Leitung	119
B-[1600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	120
B-[1600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	120
B-[1600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	121
B-[1600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	122
B-[1600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	123
B-[1600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	125
B-[1600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	125
B-[1600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	125
B-[1600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	127
B-[1600].11	Personelle Ausstattung	127
B-[1600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	127
B-[1600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	128
B-[1600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	128
B-[1800]	Gefäßchirurgische Klinik	129
B-[1800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	129
B-[1800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	129
B-[1800].1.2	Ärztliche Leitung	129
B-[1800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	130
B-[1800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	130
B-[1800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	131
B-[1800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	131
B-[1800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	133
B-[1800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	134

B-[1800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	135
B-[1800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	135
B-[1800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	136
B-[1800].11	Personelle Ausstattung	136
B-[1800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	136
B-[1800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	137
B-[1800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	137
B-[1900]	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie	138
B-[1900].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	138
B-[1900].1.1	Fachabteilungsschlüssel	138
B-[1900].1.2	Ärztliche Leitung	138
B-[1900].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	139
B-[1900].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	139
B-[1900].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	141
B-[1900].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	141
B-[1900].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	142
B-[1900].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	144
B-[1900].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	144
B-[1900].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	144
B-[1900].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	144
B-[1900].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	146
B-[1900].11	Personelle Ausstattung	146
B-[1900].11.1	Ärzte und Ärztinnen	146
B-[1900].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	147

B-[1900].11.1.2	Zusatzweiterbildung	147
B-[2425]	Mülheimer Frauenklinik	148
B-[2425].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	148
B-[2425].1.1	Fachabteilungsschlüssel	148
B-[2425].1.2	Ärztliche Leitung	148
B-[2425].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	149
B-[2425].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	149
B-[2425].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	150
B-[2425].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	150
B-[2425].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	152
B-[2425].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	153
B-[2425].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	155
B-[2425].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	158
B-[2425].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	159
B-[2425].11	Personelle Ausstattung	159
B-[2425].11.1	Ärzte und Ärztinnen	159
B-[2425].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	160
B-[2425].11.1.2	Zusatzweiterbildung	160
B-[3600]	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	161
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	161
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	161
B-[3600].1.2	Ärztliche Leitung	161
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	162
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	162

B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	162
B-[3600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	162
B-[3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	162
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	162
B-[3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	163
B-[3600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	163
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	163
B-[3600].11	Personelle Ausstattung	163
B-[3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	163
B-[3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	164
B-[3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	164
B-[3751]	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	165
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	165
B-[3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel	165
B-[3751].1.2	Ärztliche Leitung	165
B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	166
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	166
B-[3751].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	167
B-[3751].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	167
B-[3751].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	167
B-[3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	167
B-[3751].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	168
B-[3751].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	169
B-[3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	170

B-[3751].11	Personelle Ausstattung	170
B-[3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen	170
B-[3751].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	171
B-[3751].11.1.2	Zusatzweiterbildung	171
B-[3700]	Institut Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie	172
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	172
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	172
B-[3700].1.2	Ärztliche Leitung	172
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	173
B-[3700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	173
B-[3700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	174
B-[3700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	174
B-[3700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	174
B-[3700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	174
B-[3700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	175
B-[3700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	175
B-[3700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	175
B-[3700].11	Personelle Ausstattung	175
B-[3700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	175
B-[3700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	176
B-[3700].11.1.2	Zusatzweiterbildung	176
B-[3700-1]	Zentrum für Notfall- und Akutmedizin	177
B-[3700-1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	177
B-[3700-1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	177
B-[3700-1].1.2	Ärztliche Leitung	177

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

B-[2600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	184
B-[2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	184
B-[2600].11	Personelle Ausstattung	184
B-[2600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	184
B-[2600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	184
B-[2600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	185
C	Qualitätssicherung	186
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	186
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	186
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	188
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	188
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	319
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	319
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	319
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	319
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	320
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	321
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	322
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	322
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im	324

Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1
SGB V

C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	325
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		325
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		327
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	328
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	329

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	Unternehmensqualität
Titel, Vorname, Name	Christian Beck
Telefon	0208 309 2203
Fax	0208 309 3118
E-Mail	christian.beck@ategris.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	https://evkmh.de/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	https://ategris.de/

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/darmkrebszentrum-muelheim	Darmkrebszentrum Mülheim an der Ruhr
2	https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/pankreaszkarzinomzentrum	Pankreaskarzinomzentrum
3	https://bzmo.de/	Brustkrebszentrum Mülheim Oberhausen
4	https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/lungenkrebszentrum	Überregionales Lungenkrebszentrum
5	https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/gefaesszentrum-muelheim	Gefäßzentrum Mülheim an der Ruhr
6	https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/radiologisches-zentrum	Radiologisches Zentrum
7	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/muelheimer-frauenklinik-geburtshilfe	babyfreundliche Geburtsklinik

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
8	https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/diabeteszentrum	Diabetes Typ 2 Zentrum
9	https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/endoprothetikzentrum	EndoProthetikZentrum
10	https://evkmh.de/kliniken-zentren/zentren/alterstraumazentrum	AltersTraumaZentrum
11	https://www.physalis-ruhr.de/	Gesundheitszentrum Physalis (ambulante Rehabilitation und Physiotherapie)
12	https://gutundgerne-mh.de	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
Telefon-Vorwahl	0208
Telefon	3090
E-Mail	info@evkmh.de
Krankenhaus-URL	http://www.evkmh.de

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 bis 30.04.2024
Titel, Vorname, Name	Roland Ebbing
Telefon	0208 309 2330
Fax	0208 309 2318
E-Mail	roland.ebbing@evkmh.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor ab 01.05.2024
Titel, Vorname, Name	Jens Gorgs
Telefon	0208 309 2330
Fax	0208 309 2318
E-Mail	jens.gorgs@evkmh.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor ab 01.05.2024
Titel, Vorname, Name	Simon Härtel
Telefon	0208 309 2330
Fax	0208 309 2318
E-Mail	simon.haertel@evkmh.de

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)
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</i>
23	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Externe Praxis</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
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
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	MP70 - Spezielles Leistungsangebot für an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten <i>interdisziplinäres Demenz-Team</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
49	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
50	MP37 - Schmerztherapie/-management
51	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
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 rollstuhlgerichten Sanitäranlagen
3	BF10 - Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
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, Betten mit Übergröße, Schwerlastbetten</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

#	Aspekte der Barrierefreiheit
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>
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, Patienten-Multimediaterminal, kostenfreies Patienten-WLAN</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>

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten

- 8 1. Universität Würzburg 2. Universität Essen 3. Universität Heidelberg 4. Universität Tübingen 5. Universität Regensburg

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildung in anderen Heilberufen

1 HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.
In Kooperation

2 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

3 HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter

4 HB02 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
In Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen. Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter

5 HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
In Kooperation

6 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
In Kooperation mit dem Theodor-Fliedner-Werk Mülheim an der Ruhr

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 602

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	19402
Teilstationäre Fallzahl	105
Ambulante Fallzahl	50260
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				155,24
Beschäftigungsverhältnis	Mit	155,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	15,28	Stationär	139,96

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				80,46
Beschäftigungsverhältnis	Mit	80,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	8,13	Stationär	72,33

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				303,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	303,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	30,31	Stationär	272,76

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				303,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	303,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	30,31	Stationär	272,76

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

Gesamt				9,58
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,87	Ohne	1,71
Versorgungsform	Ambulant	0,96	Stationär	8,62

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				9,58
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,87	Ohne	1,71
Versorgungsform	Ambulant	0,96	Stationär	8,62

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				27,01
Beschäftigungsverhältnis	Mit	27,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,7	Stationär	24,31

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				27,01
Beschäftigungsverhältnis	Mit	27,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,7	Stationär	24,31

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				9,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,99	Stationär	8,92

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				9,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,99	Stationär	8,92

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				42,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	42,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,25	Stationär	38,23

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				42,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	42,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,25	Stationär	38,23

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

Gesamt				3,62
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,36	Stationär	3,26

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				3,62
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,36	Stationär	3,26

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				14,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,45	Stationär	13,05

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				14,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,5	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	1,45	Stationär	13,05
-----------------	-----------------	------	------------------	-------

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

Gesamt				17,08
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,71	Stationär	15,37

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				17,08
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,71	Stationär	15,37

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				68,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	68,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	6,82	Stationär	61,41

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				68,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	68,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	6,82	Stationär	61,41

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				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,9

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				0,39
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,04	Stationär	0,35

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Gesamt				1,32
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,32	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0,13	Stationär	1,19
-----------------	-----------------	------	------------------	------

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				1,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,18	Stationär	1,62

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				0,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,06	Stationär	0,54

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				1,13
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,11	Stationär	1,02

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

Gesamt				1,01
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,91

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

Gesamt				8,28
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,83	Stationär	7,45

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

Gesamt				7,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,75	Stationär	6,73

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	Lara Podewils
Telefon	0208 309 2202
Fax	0208 309 3118
E-Mail	lara.podewils@ategris.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja

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

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 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA`s und VA`s liegen im Dokumentenlenkungssystem vor Letzte Aktualisierung: 03.08.2022

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
	RM04: Klinisches Notfallmanagement
4	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Krankenhausalarm- und Einsatzplan EKM Letzte Aktualisierung: 20.02.2023
	RM05: Schmerzmanagement
5	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Allgemeine Schmerztherapie" Letzte Aktualisierung: 29.07.2022
	RM06: Sturzprophylaxe
6	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Klinik für Geriatrie Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 16.10.2024
	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
7	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusstandard Letzte Aktualisierung: 22.07.2020
	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
8	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Fixierung Letzte Aktualisierung: 05.09.2019
	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
9	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA zur Kennzeichnung defekter Geräte Letzte Aktualisierung: 15.09.2022
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
13	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung Anwendung präoperative Checkliste /WHO-Sicherheitscheckliste OP Letzte Aktualisierung: 26.09.2014
	RM18: Entlassungsmanagement
14	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung §39 Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 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 Frequenz: bei Bedarf
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 14.03.2022

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 seit 2017, 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, Room of Horror-Szenario zum Sensibilisieren von Fehlern

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 (Ärztalkammern 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

Krankenhaushygienikerinnen 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)	3
Erläuterungen	Fr. Kantor (Hygiene- und Gesundheitsmanagerin (Public Health)) 1 weitere HFK und 1 HFK in Weiterbildung.

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	31
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	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Professor Heinz-Jochen Gassel
Telefon	0208 309 2401
Fax	0208 309 2405

E-Mail

Heinz-Jochen.Gassel@evkmh.de

Die Stellvertretung des Vorsitzes der Hygienekommission wird durch Frau G. Kantor wahrgenommen.

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 Antibiotikaphylaxe 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 Antibiotikaphylaxe liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
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) 28

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 130

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

Das Evangelische Krankenhaus Mülheim nimmt neben den unten angegebenen KISS zusätzlich am ITS-KISS teil.

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: halbjährlich
2	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat)
3	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: 2019-2021 MRE- Zertifikat, 2023-2024 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 Frequenz: 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	Klaudia Schmalenbach
Telefon	0170 5474174
E-Mail	klaudiaschmalenbach@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, Zenzy2-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 Teil A § 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 Teil A § 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. SbE- Interventionen (Stressbearbeitung bei belastenden Ereignissen). Im Jahr 2023 erfolgte die Studie FORUM der Diakonie in Deutschland zur Prävention von sexualisierter Gewalt. Etablierung Unternehmenskodex "Null Toleranz gegenüber Gewalt". Beitritt "Sicher im Dienst" (KGNW).

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

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

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik <i>FORUM Studie und Kirchengesetz der EKIR, KGNW Netzwerk "Sicher im Dienst", Diakonie Rheinland Westfalen Lippe, ZQP</i>
2	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen <i>Offene Angebote über das unternehmenseigene Bildungsinstitut, Aufnahme Gewaltprävention als Thema in die Curricula der Weiterbildung und Ausbildung</i>
3	SK03: Aufklärung <i>Etablierung einer eigenen Präventionsseite</i>
4	SK07: Sonstiges (Prävention)
5	SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle <i>Verfahrensweisung und Vorlagen zur Gesprächsdokumentation, Regelwerk als Hausordnung</i> Letzte Überprüfung: 01.08.2024
6	SK11: Sonstiges (Aufarbeitung) <i>Hinweisgeberschutzsystem und adressierte interne Anlaufstellen</i>
7	SK09: Sonstiges (Intervention) <i>Etablierung operativer Maßnahmen</i>

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja
2	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich <i>zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion, eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.</i>
3	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät für Radiofrequenztherapie im Rahmen der Varizenbehandlung</i>
4	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren sind 24h verfügbar.</i>
5	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich <i>Elektrophysiologie; Interventionelle Radiologie (Radiofrequenz, Mikrowelle)</i>
6	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja
7	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich <i>Eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.</i>
8	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>128-Zeilen Computertomograph</i>
9	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich
10	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich
11	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja
12	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>1,5 Tesla MR Tomograph (neues Gerät)</i>
13	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Stanzgeräte der Firma Braun</i>
14	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich <i>Eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.</i>
15	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <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

#	Gerätenummer	24h verfügbar
17	AA72 - 3D-Laparoskopie-System	Keine Angabe erforderlich <i>Eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.</i>
18	AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph	Nein
19	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich <i>SEP-Messplatz zur neurologischen Überwachung bei Operationen an der Halsschlagader. Eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.</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 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-[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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/medizinische-klinik-fuer-allgemeine-innere-medicin-und-gastroenterologie

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	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
3	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
5	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
6	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
7	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
8	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
9	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
10	VR02 - Native Sonographie
11	VX00 - („Sonstiges“): Schulungszentrum Typ 2 Diabetes mellitus
12	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
13	VI20 - Intensivmedizin
14	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
15	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung

#	Medizinische Leistungsangebote
16	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
17	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
18	VI35 - Endoskopie
19	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
20	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
21	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis <i>exkl. der Therapie der Urolithiasis</i>
22	VI42 - Transfusionsmedizin
23	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
24	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
25	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
26	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
27	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
28	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
29	VR06 - Endosonographie
30	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
31	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
32	VR04 - Duplexsonographie

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

Vollstationäre Fallzahl	2283
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	167
2	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	86
3	K92.1	Meläna	61
4	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	53
5	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	52
6	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet	45
7	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	41
8	R11	Übelkeit und Erbrechen	39
9	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	35
10	K29.7	Gastritis, nicht näher bezeichnet	34
11	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	34
12	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	34
13	K92.0	Hämatemesis	33
14	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	29
15	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	29
16	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	28
17	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	28
18	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	26
19	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	26
20	K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	26
21	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	24
22	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	23

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
23	R42	Schwindel und Taumel	23
24	R53	Unwohlsein und Ermüdung	21
25	K86.18	Sonstige chronische Pankreatitis	20
26	K83.1	Verschluss des Gallenganges	20
27	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	20
28	R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme	20
29	R10.0	Akutes Abdomen	16
30	E86	Volumenmangel	16

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	169
2	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	120
3	K29	Gastritis und Duodenitis	118
4	K57	Divertikulose des Darmes	97
5	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	96
6	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	67
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	61
8	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	53
9	D50	Eisenmangelanämie	51
10	D64	Sonstige Anämien	51
11	K80	Cholelithiasis	50
12	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	47
13	K85	Akute Pankreatitis	41
14	R11	Übelkeit und Erbrechen	39

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
15	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	36
16	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	34
17	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	34
18	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	33
19	K70	Alkoholische Leberkrankheit	31
20	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	30
21	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	28
22	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	27
23	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	27
24	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	27
25	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	24
26	R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	24
27	R42	Schwindel und Taumel	23
28	R53	Unwohlsein und Ermüdung	21
29	K51	Colitis ulcerosa	21
30	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	20

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1215
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1025
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	811
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	611

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	543
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	328
7	3-200	Native Computertomographie des Schädels	311
8	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	309
9	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	301
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	274
11	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	266
12	3-056	Endosonographie des Pankreas	239
13	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	237
14	3-053	Endosonographie des Magens	232
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	224
16	3-054	Endosonographie des Duodenums	220
17	3-051	Endosonographie des Ösophagus	214
18	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	202
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	181
20	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	177
21	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	165
22	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	163
23	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	138
24	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	132
25	3-206	Native Computertomographie des Beckens	101
26	5-469	Andere Operationen am Darm	89
27	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	74

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
28	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	73
29	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	71
30	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	70

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>
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	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	Zentrale Notaufnahme	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
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	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
14	Zentrale Notaufnahme	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
15	Zentrale Notaufnahme	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
16	Zentrale Notaufnahme	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
17	Zentrale Notaufnahme	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
18	Zentrale Notaufnahme	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
19	Zentrale Notaufnahme	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
20	Zentrale Notaufnahme	VR04 - Duplexsonographie
21	Zentrale Notaufnahme	VI35 - Endoskopie
22	Zentrale Notaufnahme	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
23	Zentrale Notaufnahme	VR02 - Native Sonographie
24	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	730
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	92
3	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	< 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

0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		14,01	Fälle je VK/Person	169,613663
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,55	Stationär	13,46

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6	Fälle je VK/Person	396,354156
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,24	Stationär	5,76

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	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
4	ZF15 - Intensivmedizin
5	ZF52 - Ernährungsmedizin

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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-geriatrie-und-neurogeriatrie

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	939
Teilstationäre Fallzahl	105

B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	145
2	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	131
3	I63	Hirnfarkt	71
4	G40	Epilepsie	64
5	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	59
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	54
7	G30	Alzheimer-Krankheit	53
8	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	49

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	44
10	I50	Herzinsuffizienz	25
11	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	17
12	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	17
13	S06	Intrakranielle Verletzung	16
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	15
15	F32	Depressive Episode	12
16	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	12
17	I61	Intrazerebrale Blutung	9
18	G91	Hydrozephalus	9
19	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8
20	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	8
21	H81	Störungen der Vestibularfunktion	8
22	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	7
23	M48	Sonstige Spondylopathien	7
24	G62	Sonstige Polyneuropathien	7
25	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	7
26	R55	Synkope und Kollaps	7
27	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	6
28	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	6
29	I95	Hypotonie	6
30	R54	Senilität	5

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	1226
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	816
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	758
4	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	374
5	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	178
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	169
7	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	158
8	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	127
9	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	115
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	112
11	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	111
12	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	107
13	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	96
14	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	94
15	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	89
16	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	87
17	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	75
18	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	69
19	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	69
20	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	64
21	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	60
22	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	55

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	50
24	3-20x	Andere native Computertomographie	41
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	41
26	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	41
27	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	36
28	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	33
29	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	28
30	8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	28

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	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
3	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
		Zentrale Notaufnahme
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	5,53	Fälle je VK/Person	171,663635
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,06	Stationär	5,47

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,79	Fälle je VK/Person	250,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,04	Stationär	3,75

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-[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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/kardiologische-klinik
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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/kardiologische-klinik

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 Vorhofverschlus</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	3031
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	548
2	I50	Herzinsuffizienz	474
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	390
4	R55	Synkope und Kollaps	201
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	197
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	171
7	R07	Hals- und Brustschmerzen	136
8	I20	Angina pectoris	115
9	I47	Paroxysmale Tachykardie	71
10	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	64
11	R00	Störungen des Herzschlages	56

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	I26	Lungenembolie	50
13	R42	Schwindel und Taumel	43
14	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	38
15	I95	Hypotonie	31
16	I42	Kardiomyopathie	22
17	I11	Hypertensive Herzkrankheit	18
18	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	16
19	R06	Störungen der Atmung	14
20	I33	Akute und subakute Endokarditis	14
21	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	13
22	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	13
23	I46	Herzstillstand	13
24	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	12
25	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	11
26	N17	Akutes Nierenversagen	10
27	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	10
28	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	10
29	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	8
30	I87	Sonstige Venenkrankheiten	8

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1020
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	885
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	874

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	861
5	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	707
6	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	581
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	503
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	484
9	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	461
10	1-268	Kardiales Mapping	363
11	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	361
12	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	328
13	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	313
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	308
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	270
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	257
17	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	227
18	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	218
19	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	159
20	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	159
21	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	157
22	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	146
23	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	144
24	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	134
25	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	132

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	123
27	1-710	Ganzkörperplethysmographie	120
28	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	106
29	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	92
30	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	90

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
7	AM07 - Privatambulanz	Rhythmussprechstunde

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
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	209
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
3	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 4
4	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	17,89	Fälle je VK/Person	174,1954
Beschäftigungsverhältnis	Mit 17,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,49	Stationär	17,4

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,18	Fälle je VK/Person	339,4177
Beschäftigungsverhältnis	Mit 9,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,25	Stationär	8,93

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/medizinische-klinik-fuer-haematologie-onkologie-und-palliativ-medicin

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	1531
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	247
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	83
3	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	63
4	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	57
5	C16	Bösartige Neubildung des Magens	52
6	C83	Nicht follikuläres Lymphom	49

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
7	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	47
8	C92	Myeloische Leukämie	45
9	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	44
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	30
11	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	29
12	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	28
13	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	27
14	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	25
15	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	23
16	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	23
17	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	19
18	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	18
19	D61	Sonstige aplastische Anämien	16
20	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	16
21	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	15
22	K29	Gastritis und Duodenitis	13
23	D46	Myelodysplastische Syndrome	13
24	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	12
25	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	12
26	C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	11
27	C82	Follikuläres Lymphom	11
28	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	10
29	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	10
30	D64	Sonstige Anämien	10

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	793
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	734
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	375
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	367
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	334
6	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	267
7	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	255
8	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	254
9	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	251
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	198
11	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	188
12	3-200	Native Computertomographie des Schädels	181
13	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	161
14	8-547	Andere Immuntherapie	142
15	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	121
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	114
17	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	113
18	3-202	Native Computertomographie des Thorax	100
19	1-650	Diagnostische Koloskopie	99
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	97
21	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	95
22	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	93

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	72
24	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	66
25	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	65
26	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	64
27	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	64
28	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	61
29	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	61
30	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	60

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4
2	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
3	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
3	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4

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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,94	Fälle je VK/Person	197,548386
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,19	Stationär	7,75

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,02	Fälle je VK/Person	520,7483
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,08	Stationär	2,94

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-[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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/pneumologische-klinik

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	1088
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	270
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	133
3	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	75
4	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	62
5	D38	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	52
6	J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	41
7	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	38
8	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	38
9	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	32
10	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	30
11	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	24
12	I50	Herzinsuffizienz	22

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	20
14	A41	Sonstige Sepsis	19
15	J46	Status asthmaticus	19
16	R04	Blutung aus den Atemwegen	14
17	D86	Sarkoidose	13
18	J47	Bronchiektasen	13
19	J85	Abszess der Lunge und des Mediastinums	12
20	R06	Störungen der Atmung	11
21	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	11
22	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	9
23	J93	Pneumothorax	7
24	B44	Aspergillose	7
25	J45	Asthma bronchiale	6
26	J20	Akute Bronchitis	6
27	I26	Lungenembolie	5
28	R07	Hals- und Brustschmerzen	4
29	A31	Infektion durch sonstige Mykobakterien	4
30	J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	548
2	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	488
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	476
4	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	370
5	1-710	Ganzkörperplethysmographie	353
6	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	306

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	245
8	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	226
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	162
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	140
11	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	126
12	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	124
13	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	111
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	87
15	1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	80
16	3-200	Native Computertomographie des Schädels	79
17	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	66
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	60
19	8-701	Einfache endotracheale Intubation	58
20	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	51
21	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	49
22	1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	44
23	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	39
24	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	31
25	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	29
26	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	28
27	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	27
28	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	26
29	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	25

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	8-128	Anwendung eines Stuhldrainagesystems	24

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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	5,35	Fälle je VK/Person	207,6336
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,11	Stationär	5,24

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,36	Fälle je VK/Person	330,6991
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,07	Stationär	3,29

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-[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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-radioonkologie-und-strahlentherapie

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	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

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

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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,09	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,09

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1,09	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,09

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ58 - Strahlentherapie

#	Facharztbezeichnungen
2	AQ54 - Radiologie

B-[3300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[2700] Augenklinik Mülheim

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Augenklinik 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

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 prämaturorum</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
14	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse

#	Medizinische Leistungsangebote
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	2845
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Glaukom	733
2	H25	Cataracta senilis	696
3	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	298
4	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	189
5	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	112
6	H04	Affektionen des Tränenapparates	95
7	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	69
8	H34	Netzhautgefäßverschluss	62
9	H50	Sonstiger Strabismus	60
10	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	51
11	H16	Keratitis	49
12	H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	44
13	H27	Sonstige Affektionen der Linse	37
14	H43	Affektionen des Glaskörpers	32
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	27
16	H20	Iridozyklitis	25
17	H44	Affektionen des Augapfels	25
18	H46	Neuritis nervi optici	22
19	H00	Hordeolum und Chalazion	18
20	B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	16
21	H26	Sonstige Kataraktformen	15
22	D31	Gutartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde	15
23	S05	Verletzung des Auges und der Orbita	13
24	H30	Chorioretinitis	12

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	H59	Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	11
26	D22	Melanozytennävus	10
27	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
28	H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	8
29	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	7
30	L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	7

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	2035
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	1700
3	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	903
4	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	863
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	811
6	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	551
7	1-220	Messung des Augeninnendruckes	422
8	3-301	Konfokale Mikroskopie	356
9	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	350
10	5-097	Blepharoplastik	219
11	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	215
12	3-690	Angiographie am Auge	208
13	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	199
14	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	195

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	185
16	5-985	Lasertechnik	177
17	5-156	Andere Operationen an der Retina	139
18	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	127
19	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	115
20	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	109
21	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	103
22	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	87
23	8-149	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage	84
24	5-088	Andere Rekonstruktion der Tränenwege	78
25	8-020	Therapeutische Injektion	75
26	5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	63
27	5-10b	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel	62
28	5-10a	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel	61
29	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	56
30	5-160	Orbitotomie	55

B-[2700].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)	Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut <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>
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

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
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	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
8	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz <i>Behandlung frühkindlicher Sehstörungen, Behandlung kindlicher Sehschwäche, Behandlung der Schielformen, Behandlung von Augenmuskelerkrankungen und -lähmungen.</i>
9	AM07 - Privatambulanz	Ambulanz Refraktive Chirurgie <i>Sprechstunde für Katarakt-Patienten, Hornhauterkrankungen, Glaukom, Lid- und Tränenwegserkrankungen, einschl. Eingriffe der refraktiven Chirurgie z.B. Lasik</i>
10	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>
11	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

#	Ambulanz	Leistung
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
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

#	Ambulanz	Leistung
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
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

#	Ambulanz	Leistung
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
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

#	Ambulanz	Leistung
48	Spezialsprechstunde: Erkrankungen des Glaskörpers, der Netzhaut und der Aderhaut	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
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

#	Ambulanz	Leistung
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
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]	1641
2	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	629
3	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	367
4	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	256
5	5-142	Kapsulotomie der Linse	220
6	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	141
7	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	114
8	5-097	Blepharoplastik	80
9	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	54
10	5-092	Operationen an Kanthus und Epikanthus	40

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	31
12	5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	8
13	5-129	Andere Operationen an der Kornea	4
14	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	< 4
15	5-149	Andere Operationen an der Linse	< 4
16	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	< 4
17	5-137	Andere Operationen an der Iris	< 4
18	5-094	Korrekturoperation bei Blepharoptosis	< 4
19	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
20	5-095	Naht des Augenlides	< 4
21	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	< 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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		17,42	Fälle je VK/Person	198,534546
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,09	Stationär	14,33

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,33	Fälle je VK/Person	471,807617
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,3	Stationär	6,03

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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/chirurgische-klinik

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	VC71 - Notfallmedizin
6	VC11 - Lungenchirurgie
7	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
8	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
9	VR02 - Native Sonographie
10	VC58 - Spezialsprechstunde
11	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
12	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
13	VC59 - Mediastinoskopie
14	VC24 - Tumorchirurgie
15	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
16	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
17	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
18	VC62 - Portimplantation
19	VC20 - Nierenchirurgie

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

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

Vollstationäre Fallzahl	1731
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	191
2	K40	Hernia inguinalis	171
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	95
4	N20	Nieren- und Ureterstein	85
5	K35	Akute Appendizitis	78
6	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	75
7	K43	Hernia ventralis	69
8	K57	Divertikulose des Darmes	67
9	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	56
10	K42	Hernia umbilicalis	54
11	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	39
12	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	38

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	L05	Pilonidalzyste	35
14	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	33
15	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	32
16	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	31
17	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	31
18	K81	Cholezystitis	22
19	N30	Zystitis	22
20	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	20
21	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	17
22	C16	Bösartige Neubildung des Magens	15
23	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	15
24	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	15
25	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	13
26	N43	Hydrozele und Spermatozele	13
27	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	13
28	K85	Akute Pankreatitis	12
29	K91	Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	11
30	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	10

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	405
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	396
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	283

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	274
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	261
6	5-511	Cholezystektomie	261
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	180
8	8-132	Manipulationen an der Harnblase	177
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	148
10	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	142
11	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	128
12	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	123
13	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	122
14	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	122
15	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	121
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	113
17	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	94
18	1-650	Diagnostische Koloskopie	93
19	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	91
20	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	89
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	84
22	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	82
23	5-470	Appendektomie	80
24	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	75
25	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	71

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	71
27	3-13d	Urographie	71
28	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	70
29	5-98k	Art des Zystoskops	68
30	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	66

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

#	Ambulanz	Leistung
5	Privatambulanz	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
6	Zentrale Notaufnahme	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
7	Zentrale Notaufnahme	VC20 - Nierenchirurgie
8	Zentrale Notaufnahme	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
9	Zentrale Notaufnahme	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
10	Privatambulanz	VC24 - Tumorchirurgie
11	Zentrale Notaufnahme	VC24 - Tumorchirurgie
12	Koloproktologische Sprechstunde	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
13	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	221
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	59
3	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	46
4	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	20
5	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	15
6	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	6
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	6
8	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	5
9	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	5
10	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	4
11	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	4
12	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	4
13	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
14	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
15	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
17	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	< 4
18	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
19	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
20	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	< 4
21	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	< 4
22	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	< 4
23	5-540	Inzision der Bauchwand	< 4
24	5-572	Zystostomie	< 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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		11,29	Fälle je VK/Person	164,2315
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,75	Stationär	10,54

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,7	Fälle je VK/Person	276,517548
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,44	Stationär	6,26

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-[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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-orthopaedie-und-unfallchirurgie

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	1474
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	133
2	S52	Fraktur des Unterarmes	114
3	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	94
4	S06	Intrakranielle Verletzung	94
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	86
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	82
7	M54	Rückenschmerzen	69
8	M48	Sonstige Spondylopathien	69
9	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	57
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	57
11	M75	Schulterläsionen	51
12	S72	Fraktur des Femurs	47
13	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	47
14	M47	Spondylose	38
15	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	36
16	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	27
17	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	24
18	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	22
19	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	21
20	M19	Sonstige Arthrose	15
21	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	14
22	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	13
23	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	12

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	12
25	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11
26	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	11
27	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	10
28	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	9
29	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	8
30	S01	Offene Wunde des Kopfes	7

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	571
2	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	433
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	349
4	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	324
5	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	211
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	202
7	5-986	Minimalinvasive Technik	202
8	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	180
9	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	174
10	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	170
11	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	166

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	131
13	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	124
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	120
15	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	118
16	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	110
17	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	102
18	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	102
19	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	94
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	92
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	89
22	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	88
23	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	87
24	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	87
25	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	85
26	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	85
27	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	82
28	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	80
29	5-984	Mikrochirurgische Technik	71
30	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	66

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	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>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	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	102
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	94
3	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	36

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	5-841	Operationen an Bändern der Hand	22
5	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	21
6	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	19
7	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	12
8	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	10
9	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	9
10	5-849	Andere Operationen an der Hand	5
11	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
12	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
13	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
14	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
15	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
16	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4
17	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
18	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
19	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4
20	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
21	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
22	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
23	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	< 4
24	5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	< 4
25	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	10,4	Fälle je VK/Person	159,5238
Beschäftigungsverhältnis	Mit 10,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,16	Stationär	9,24

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	6,2	Fälle je VK/Person	267,5136
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,69	Stationär	5,51

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-[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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/gefaesschirurgische-klinik

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	1218
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	429
2	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	107
3	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	91
4	A46	Erysipel [Wundrose]	88
5	I83	Varizen der unteren Extremitäten	78
6	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	71
7	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	44
8	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	39

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	37
10	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	36
11	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	29
12	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	13
13	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	10
14	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	10
15	I87	Sonstige Venenkrankheiten	10
16	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	9
17	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	8
18	L03	Phlegmone	6
19	I50	Herzinsuffizienz	5
20	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5
21	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	5
22	N18	Chronische Nierenkrankheit	5
23	I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	5
24	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	5
25	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	4
26	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	4
27	I26	Lungenembolie	4
28	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	4
29	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	4
30	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Endarteriektomie	640
2	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	613
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	593
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	487
5	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	477
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	468
7	5-916	Temporäre Weichteildeckung	344
8	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	315
9	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	301
10	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	270
11	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	265
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	232
13	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	230
14	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	225
15	5-983	Reoperation	200
16	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	179
17	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	161
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	161
19	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	158
20	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	155
21	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	146
22	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	139

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	133
24	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	125
25	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	125
26	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	121
27	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	121
28	8-190	Spezielle Verbandstechniken	118
29	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	117
30	3-200	Native Computertomographie des Schädels	116

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	32
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	32
3	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	13
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	11
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	6
6	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
8	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
9	3-608	Superselektive Arteriographie	< 4
10	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	< 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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		10,25	Fälle je VK/Person	122,412064
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	9,95

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,57	Fälle je VK/Person	274,3243
--------	------	--------------------	----------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,13	Stationär	4,44

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
4	ZF15 - Intensivmedizin

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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-plastische-rekonstruktive-und-aesthetische-chirurgie-handchirurgie

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	667
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1900].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	72
2	M72	Fibromatosen	62
3	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	48
4	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	36
5	M86	Osteomyelitis	31
6	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	26
7	M65	Synovitis und Tenosynovitis	26
8	S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	26
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	26
10	L03	Phlegmone	23
11	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	20
12	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	18
13	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	18
14	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	18
15	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	15
16	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	10
17	S68	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand	10
18	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	10

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	10
20	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	7
21	D21	Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	6
22	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	6
23	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6
24	S65	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	6
25	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	5
26	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5
27	M15	Polyarthrose	5
28	M19	Sonstige Arthrose	5
29	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	5
30	L90	Atrophische Hautkrankheiten	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	507
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	355
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	353
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	207
5	5-343	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand	172
6	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	154

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	5-849	Andere Operationen an der Hand	153
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	118
9	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	100
10	5-844	Operation an Gelenken der Hand	87
11	8-190	Spezielle Verbandstechniken	86
12	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	84
13	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	82
14	5-841	Operationen an Bändern der Hand	78
15	5-845	Synovialektomie an der Hand	75
16	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	58
17	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	58
18	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	53
19	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	50
20	5-907	Revision einer Hautplastik	48
21	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	43
22	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	42
23	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	39
24	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	36
25	3-200	Native Computertomographie des Schädels	36
26	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	35
27	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	34
28	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	32
29	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	32
30	5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	31

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	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	102
2	5-841	Operationen an Bändern der Hand	81
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	69
4	1-697	Diagnostische Arthroskopie	32
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	31

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	28
7	5-849	Andere Operationen an der Hand	27
8	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	23
9	5-844	Operation an Gelenken der Hand	13
10	5-845	Synovialektomie an der Hand	11
11	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	8
12	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	7
13	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	6
14	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	5
15	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	5
16	5-79A	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	4
17	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	4
18	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	4
19	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
20	5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	< 4
21	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	< 4
22	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
23	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	< 4
24	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
25	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
26	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
28	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	< 4
29	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
30	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4

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

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

Zugelassen zur handchirurgischen Versorgung Unfallverletzter nach §37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte / Unfallversicherungsträger im Rahmen des Verletztenartenverfahren.

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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,44	Fälle je VK/Person	114,802071
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,63	Stationär	5,81

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,05	Fälle je VK/Person	182,240433
--------	------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,39	Stationär	3,66

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-[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 Gynäkologie
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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/muelheimer-frauenklinik-gynaekologie
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Geburtshilfe
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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/muelheimer-frauenklinik-geburtshilfe

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	2531
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2425].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	667
2	O70	Dammriss unter der Geburt	221
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	131
4	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	85
5	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	77

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	73
7	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	72
8	O80	Spontangeburt eines Einlings	69
9	D25	Leiomyom des Uterus	68
10	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	67
11	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	55
12	N81	Genitalprolaps bei der Frau	48
13	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	41
14	N80	Endometriose	40
15	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	36
16	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	36
17	N97	Sterilität der Frau	34
18	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	31
19	O42	Vorzeitiger Blasensprung	29
20	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	27
21	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	26
22	O00	Extrauterin gravidität	26
23	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	25
24	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	24
25	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	23
26	O23	Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	21
27	O48	Übertragene Schwangerschaft	21

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	20
29	N95	Klimakterische Störungen	18
30	N70	Salpingitis und Oophoritis	17

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	683
2	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	594
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	419
4	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	357
5	5-749	Andere Sectio caesarea	281
6	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	221
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	166
8	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	164
9	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	126
10	3-100	Mammographie	115
11	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	110
12	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	101
13	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	87
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	87
15	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	85
16	5-661	Salpingektomie	83
17	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	82
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	77

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
19	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	74
20	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	64
21	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	64
22	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	63
23	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	58
24	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	58
25	5-728	Vakuumentbindung	56
26	3-709	Szintigraphie des Lymphsystems	55
27	5-653	Salpingoovariektomie	51
28	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	45
29	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	44
30	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	39

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 Zweite Meinungs-Sprechstunde
10	AM07 - Privatambulanz	<i>Sprechstunde für abklärungsbedürftige Befunde der Brust</i>
11	AM07 - Privatambulanz	Tumorsprechstunde Urogynäkologische-Sprechstunde
12	AM07 - Privatambulanz	<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	306
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	229
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	213
4	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	25
5	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	24
6	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	18
7	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	18
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	9
9	5-881	Inzision der Mamma	8
10	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	7
11	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	5
12	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	5
13	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
14	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4
15	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
16	5-661	Salpingektomie	< 4
17	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
18	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
19	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	10,57	Fälle je VK/Person	267,8307
Beschäftigungsverhältnis	Mit 10,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,12	Stationär	9,45

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	5,03	Fälle je VK/Person	562,444458
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,53	Stationär	4,5

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-[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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-anaesthesiologie-intensivmedizin-und-schmerztherapie

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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		23	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,19	Stationär	19,81

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,2	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,42	Stationär	8,78

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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie

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 Tumorzerstörung 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	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	15
2	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	13
3	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	10
4	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	6
5	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	6

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	5
7	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	4
8	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
9	3-608	Supraselektive Arteriographie	< 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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,67	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,95	Stationär	5,72

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,24	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,08	Stationär	3,16

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-[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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/institut-fuer-laboratoriumsmedizin-und-klinische-mikrobiologie
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	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/institut-fuer-laboratoriumsmedizin-und-klinische-mikrobiologie

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	1
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

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>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <i>Hinzuziehende Fachärzte</i>
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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	1
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	1
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1

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-[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 Frieze
Telefon	0208 309 2160
Fax	0208 309 3130
E-Mail	annette.frieze@evkmh.de
Strasse	Wertgasse
Hausnummer	30
PLZ	45468
Ort	Mülheim an der Ruhr
URL	https://evkmh.de/kliniken-zentren/kliniken/zentrum-fuer-notfall-und-akutmedizin

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	0
---	---

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,39	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,69	Stationär	3,7

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,7	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,47	Stationär	3,23

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

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	http://www.hno-facharztzentrum.de
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	63
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	38
2	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	25

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	28
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	25
3	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	24
4	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	10
5	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	< 4
6	5-200	Parazentese [Myringotomie]	< 4
7	5-289	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	< 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	0
--------	---	--------------------	---

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	96
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	96

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	111,11
Anzahl Datensätze Standort	10

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

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Fallzahl	16
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	16

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7

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

Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	118
----------	-----

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	118
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	282
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	282
16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	719
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	719
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	81
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	81
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	168
Dokumentationsrate	102,38
Anzahl Datensätze Standort	172
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	188
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	188
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	214
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	214
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	186
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	186
HEP_IMP - Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	174
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	174
HEP_WE - Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	13

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	13
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	103
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	103
KEP_IMP - Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	98
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	98
KEP_WE - Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	874
Dokumentationsrate	102,17
Anzahl Datensätze Standort	893

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

Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,02

Vertrauensbereich bundesweit	94,45 - 95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,04
Vertrauensbereich bundesweit	99,00 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	99,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,46 - 99,92

Fallzahl

Grundgesamtheit	219
Beobachtete Ereignisse	218

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

3. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,98 - 1,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	716
Beobachtete Ereignisse	219
Erwartete Ereignisse	200,60
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,28 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

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	
Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	19,89
Vertrauensbereich bundesweit	19,70 - 20,08
Rechnerisches Ergebnis	16,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,52 - 22,30
Fallzahl	
Grundgesamtheit	179
Beobachtete Ereignisse	29
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	
Ergebnis-ID	182300_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	34,02
Vertrauensbereich bundesweit	33,69 - 34,35

Rechnerisches Ergebnis	41,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	33,34 - 50,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	49

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

Ergebnis-ID	182301_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

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

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

	https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,02
Vertrauensbereich bundesweit	3,93 - 4,12
Rechnerisches Ergebnis	6,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,55 - 10,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	195
Beobachtete Ereignisse	12

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

Ergebnis-ID	182302_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	7,92
Vertrauensbereich bundesweit	7,69 - 8,16
Rechnerisches Ergebnis	11,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,19 - 20,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	9

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

Ergebnis-ID	182303_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG	(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	73,47
Vertrauensbereich bundesweit	73,19 - 73,75
Rechnerisches Ergebnis	79,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,82 - 85,78

Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	88

11. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182005_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,11
Vertrauensbereich bundesweit	92,72 - 93,48
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,47 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14

12. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182006_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	87,13
Vertrauensbereich bundesweit	86,47 - 87,77
Rechnerisches Ergebnis	85,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	48,69 - 97,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	6

13. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	75,51
Vertrauensbereich bundesweit	74,92 - 76,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

14. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182008_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,85 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

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

Ergebnis-ID	182009_52249
--------------------	---------------------

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	47,41
Vertrauensbereich bundesweit	46,87 - 47,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
16. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten	
Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,26 - 0,52
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
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)

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,27
Vertrauensbereich bundesweit	0,25 - 0,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl	
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)

Ergebnis-ID	51397
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,57
Fallzahl	
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)	
Ergebnis-ID	51831
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 Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 101,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,72 (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	
Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GE BH - Geburtshilfe

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,67
Vertrauensbereich bundesweit	96,41 - 96,91
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	R10
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)

Ergebnis-ID	51803
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 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorendergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 1,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
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)	
Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: "Methodische Grundlagen" des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,23 - 1,60
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	706
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14
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)	
Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	705
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,41
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)	
Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	3
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 3,96
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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)	
Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4

Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,18 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,71
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)	
Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	1,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 8,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
27. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	181801_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

Fachlicher Hinweis IQTIG	Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	2,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,45 - 14,41
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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)	
Ergebnis-ID	181802_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter

Fachlicher Hinweis IQTIG	folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25

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

Ergebnis-ID	182010
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,12
Vertrauensbereich bundesweit	0,10 - 0,15
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

Ergebnis-ID	182011
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	2,63
Vertrauensbereich bundesweit	2,53 - 2,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,66 % (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	
Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,49
Vertrauensbereich bundesweit	8,36 - 8,62
Rechnerisches Ergebnis	8,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,69 - 10,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	716
Beobachtete Ereignisse	61
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,76 % (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)	
Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	178
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,22
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,15 (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)	
Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,91

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 2,42
-------------------------------	-------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,24 (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)

Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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: [Methodische Grundlagen](#) des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: [Methodische Grundlagen](#) des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	178
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,20

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,26 (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)

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 3,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,24 (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. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58001
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
--------------------------	--

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 1,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	198
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	9,77

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58005
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
--------------------------	---

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 1,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	198
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	6,63

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58006
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,36 - 2,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	198
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,78
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39. 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	
Ergebnis-ID	52240
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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	6,98
Vertrauensbereich bundesweit	3,24 - 14,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
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 im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,72 - 4,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,17
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11724
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: "Methodische Grundlagen" des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 5,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

42. 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

Ergebnis-ID	162301
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

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. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	605
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

44. 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

Ergebnis-ID	606
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,56 - 2,97
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0

45. 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

Ergebnis-ID	51859
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,76 - 3,49
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	0

46. 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)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 31,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
47. 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)	
Ergebnis-ID	51865

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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,22
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 85,13
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
48. 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	
Ergebnis-ID	162304

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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,83
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
49. 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	
Ergebnis-ID	51445
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/

Einheit	%
Bundesergebnis	1,74
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 2,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

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 deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden

Ergebnis-ID	51448
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 3,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

51. 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)

Ergebnis-ID	51860
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,05
Vertrauensbereich bundesweit	2,43 - 3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

52. 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

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	92,31
Vertrauensbereich bundesweit	92,01 - 92,60
Rechnerisches Ergebnis	97,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,73 - 99,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	114

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

53. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,65
Vertrauensbereich bundesweit	98,57 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	98,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,01 - 99,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	124
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

54. 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)

Ergebnis-ID	212000
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,20
Vertrauensbereich bundesweit	95,73 - 96,62
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,14 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	18

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 94,85 % (5. Perzentil)
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 nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID	212001
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	88,66
Vertrauensbereich bundesweit	88,27 - 89,05
Rechnerisches Ergebnis	96,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,44 - 99,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	51

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 70,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. 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.

Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,73 - 99,04
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,33 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	22
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

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 Ultraschall mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,97
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,78 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	58

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

58. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,72

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	0
59. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde	
Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,04
Vertrauensbereich bundesweit	2,62 - 3,51
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 26,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
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
60. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist

Fachlicher Hinweis IQTIG	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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	97,33
Vertrauensbereich bundesweit	97,14 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,49 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	70
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
61. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage	
Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%

Bundesergebnis	1,64
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 1,75
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,40

Fallzahl

Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,63
Vertrauensbereich bundesweit	99,58 - 99,68
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,90 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	118

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 98,69 % (5. Perzentil)
-----------------	---------------------------

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Ergebnis-ID	212400
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	80,10
Vertrauensbereich bundesweit	79,81 - 80,39
Rechnerisches Ergebnis	44,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	36,14 - 53,54

Fallzahl

Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	55

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 38,35 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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)

Ergebnis-ID	51906
--------------------	--------------

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 3,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

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	
Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	95
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
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	
Ergebnis-ID	10211

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 10,00 %
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

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

	Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
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	
Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	
Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
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

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 29,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 29,96 % (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

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	95,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,58 - 98,85

Fallzahl

Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	71

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 81,46 % (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

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,52

Fallzahl

Grundgesamtheit	164
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

--	--

Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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)

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,82

Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	2,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 14,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54030
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	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	7,57
Vertrauensbereich bundesweit	7,37 - 7,78
Rechnerisches Ergebnis	11,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,96 - 19,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	9

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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)

Ergebnis-ID	54033
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. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorendergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,61 - 1,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	11,62

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,37 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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)

Ergebnis-ID	54029
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,40
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,87 (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)	
Ergebnis-ID	54042
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: "Methodische Grundlagen" des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: "Methodische Grundlagen" des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,01 - 2,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	10,81
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,21 (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)	
Ergebnis-ID	54046

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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,10 - 3,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	4,37
79. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Rechnerisches Ergebnis	9,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,79 - 18,74

Fallzahl

Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	7

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,45 - 2,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	11,06
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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)	

Ergebnis-ID	54016
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,69 - 3,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,10

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,84 (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)

Ergebnis-ID	54017
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 2,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
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)

Ergebnis-ID	54018
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 1,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (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)	
Ergebnis-ID	54019
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 2,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (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)	
Ergebnis-ID	54120
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. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,14 - 3,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	2,60
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
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)	
Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	2,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,13 - 5,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,44
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)	

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 5,97

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)

Ergebnis-ID	54012
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	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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,69 - 1,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	159
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	13,28
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjaar	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjaar	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)

Ergebnis-ID	54013
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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	2,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,87 - 7,18

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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)

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	1,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,69 - 2,69

Fallzahl

Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	5,02

91. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig 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)

Ergebnis-ID	10271
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 2,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 (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. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Rechnerisches Ergebnis	8,77

Vertrauensbereich Krankenhaus	3,81 - 18,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 1,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 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 (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	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	98,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,37 - 99,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	318
Beobachtete Ereignisse	313
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
95. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%

Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
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	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2

	Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	2,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 8,20

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

97. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51191
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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar

Fachlicher Hinweis IQTIG	und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 7,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
98. 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)	
Ergebnis-ID	2194
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/ 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	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,53 - 3,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	54
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,36
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99. 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)

Ergebnis-ID	2195
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	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. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/ 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	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	5,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,32 - 24,44

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 58,49

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

105. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	131801
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 kann. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 3,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,12 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
106. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	
Ergebnis-ID	52316
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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 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 System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene 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	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	51
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
107. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	131802
	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines

Leistungsbereich	Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52325
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: "Methodische Grundlagen" des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 31,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
109. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51186
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	kann. Mit Hilfe 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 65,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
110. 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)	
Ergebnis-ID	132001
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 kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/ 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	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	4,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 20,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
111. 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)	

Ergebnis-ID	132002
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/ 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	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 62,04

Fallzahl

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

112. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64
Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

113. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	141800
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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22

Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

114. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	151800
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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,63
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,90 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

115. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

116. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen 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 kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit

Fachlicher Hinweis IQTIG	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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,76
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 64,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
117. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52009

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
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. Mit Hilfe 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,75 - 1,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19093
Beobachtete Ereignisse	60
Erwartete Ereignisse	62,19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 2,45 (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 denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 0,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19093
Beobachtete Ereignisse	47

119. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

	Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19093
Beobachtete Ereignisse	12
120. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.	
Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19093
Beobachtete Ereignisse	0
121. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
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	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

122. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Rechnerisches Ergebnis	96,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,46 - 99,64
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	29
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

123. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,97
-------------------------------	-------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

124. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	915
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

125. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt	
Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Rechnerisches Ergebnis	93,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,54 - 98,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	40

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

126. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17

Rechnerisches Ergebnis	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 2,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

127. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der

	Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 1,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	57
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

128. 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 Ärzten hinzuziehen

Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/.

	Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	87,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,80 - 90,55

Fallzahl

Grundgesamtheit	91
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

129. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte

	Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	87,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,74 - 89,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	91
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

130. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	85,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,62 - 87,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	91
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
131. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert	
Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	80,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,60 - 84,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	78
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
132. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert	
Ergebnis-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	89,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,14 - 95,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	64
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

133. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur

Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen	
Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	83,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,85 - 87,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	78
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

134. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Ergebnis-ID	56109
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Rechnerisches Ergebnis	92,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,93 - 95,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	78
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

135. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID

56110

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr

	2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Rechnerisches Ergebnis	95,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,10 - 98,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
136. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung	
Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/.

	Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Rechnerisches Ergebnis	86,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,45 - 89,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	91
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

137. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht

	wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Rechnerisches Ergebnis	73,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	66,74 - 79,20

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

138. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

Ergebnis-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Rechnerisches Ergebnis	42,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	24,77 - 60,64
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
139. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen	
Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Rechnerisches Ergebnis	82,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	59,10 - 96,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	13
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
140. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel	
Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Rechnerisches Ergebnis	75,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	66,20 - 82,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	91
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

141. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle

an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	94,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,41 - 98,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	91
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
142. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,81 - 1,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	78
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

143. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 56118

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 1,52

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
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-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 Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	22
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250g	
Erbrachte Menge	2

Begründung	MM09: Leistungserbringung trotz Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund.
Erläuterungen	Notfallentbindung
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	99
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Erbrachte Menge	6
Begründung	MM01: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Abs. 5 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Erbrachte Menge	131
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Erbrachte Menge	3
Begründung	MM01: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Abs. 5 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	22
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	32

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmege­wicht < 1250g	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Nein
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	2
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	99
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	60
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Nein
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	6
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	1
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	131
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	132
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Nein
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	3
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	1
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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.

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

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 Bauchaortenaneurysma
2	CQ28: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)
3	CQ31: Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?

Nein

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln.

Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

Nachweis zur QSFFx

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt

Anzahl der Tage, die mit der Strukturabfrage abgebildet werden: 366

Erfüllung der Mindestanforderungen

Anzahl der Tage, für die eine Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung angegeben wurde: 0

Anzahl der Mindestanforderungen, die mindestens 48 Stunden nicht erfüllt wurden: 0

Allgemeine Mindestanforderungen

Das Krankenhaus erfüllt die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 nicht bzw. nimmt nicht zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teil.

Mindestanforderung	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
Fachabteilung Chirurgie Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie am Standort.	0
Fachabteilung Innere Medizin Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort.	0
Verantwortlichkeit Notfallversorgung Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind.	0
Fortbildungen Notfallversorgung Das für die Notfallversorgung benannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.	0
Verfügbarkeit Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten	0

Mindestanforderung	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
verfügbar.	
Betten Intensivstation Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor.	0
Betten Intensivstation Beatmung Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet.	0
System Behandlungspriorisierung Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Anwendung.	0
Schockraum Es ist ein Schockraum verfügbar.	0
Computertomographie Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt.	0
Weiterverlegung Luftweg Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe.	0

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	114
- 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 %
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	58,33 % <i>krankheitsbedingte Personalausfälle ; krankheitsbedingte Personalausfälle ; krankheitsbedingte 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	100 %
12	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4 - Schwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe - Nachtschicht	100 %
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 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
16	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 44 Unfallchirurgie - Nachtschicht	41,67 % <i>krankheitsbedingte Personalausfälle; krankheitsbedingte Personalausfälle ; krankheitsbedingte Personalausfälle</i>
17	Innere Medizin - Station 5A - Tagschicht	100 %
18	Innere Medizin - Station 5A - Nachtschicht	100 %
19	Innere Medizin - Station 5B - Tagschicht	100 %
20	Innere Medizin - Station 5B - Nachtschicht	91,67 %
21	Allgemeine Chirurgie - Station 6A - Tagschicht	100 %
22	Allgemeine Chirurgie - Station 6A - Nachtschicht	100 %
23	Allgemeine Chirurgie - Station 6B - Tagschicht	100 %
24	Allgemeine Chirurgie - Station 6B - Nachtschicht	75 %
25	Neurologie - Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie - Tagschicht	100 %
26	Neurologie - Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie - Nachtschicht	0 %
27	Neurologie - Station 7A - Tagschicht	100 %
28	Neurologie - Station 7A - Nachtschicht	100 %
29	Innere Medizin - Station 7B - Tagschicht	100 % <i>temporär geschlossen</i>
30	Innere Medizin - Station 7B - Nachtschicht	55,56 % <i>temporär geschlossen; krankheitsbedingte Personalausfälle ; krankheitsbedingte Personalausfälle</i>
31	Innere Medizin - Station 8 - Tagschicht	100 %
32	Innere Medizin - Station 8 - Nachtschicht	100 %
33	Innere Medizin, Kardiologie - Station 9 Schwerpunkt Kardiologie - Tagschicht	100 %
34	Innere Medizin, Kardiologie - Station 9 Schwerpunkt Kardiologie - Nachtschicht	100 %
35	Neurologie - Tagesklinik Geriatrie - Tagschicht	100 % <i>WE und FE nicht belegt</i>

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1 - Tagschicht	90,44 %
2	Intensivmedizin - INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1 - Nachtschicht	86,61 %
3	Intensivmedizin - INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2 - Tagschicht	90,71 %
4	Intensivmedizin - INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2 - Nachtschicht	88,25 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 10 - Tagschicht	94,93 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 10 - Nachtschicht	70,14 %
7	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Tagschicht	91,53 %
8	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Nachtschicht	41,8 % <i>krankheitsbedingte Personalausfälle ; krankheitsbedingte Personalausfälle ; krankheitsbedingte Personalausfälle</i>
9	Neurologie - Station 32 - Tagschicht	92,62 %
10	Neurologie - Station 32 - Nachtschicht	81,15 %
11	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4 - Schwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe - Tagschicht	80,6 %
12	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4 - Schwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe - Nachtschicht	89,62 %
13	Innere Medizin, Kardiologie - Station 43 - Tagschicht	97,54 %
14	Innere Medizin, Kardiologie - Station 43 - Nachtschicht	60,66 %
15	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 44 Unfallchirurgie - Tagschicht	88,8 %
16	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 44 Unfallchirurgie - Nachtschicht	59,02 % <i>krankheitsbedingte Personalausfälle; krankheitsbedingte Personalausfälle ; krankheitsbedingte Personalausfälle</i>
17	Innere Medizin - Station 5A - Tagschicht	95,08 %
18	Innere Medizin - Station 5A - Nachtschicht	35,25 %
19	Innere Medizin - Station 5B - Tagschicht	89,34 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
20	Innere Medizin - Station 5B - Nachtschicht	64,48 %
21	Allgemeine Chirurgie - Station 6A - Tagschicht	92,9 %
22	Allgemeine Chirurgie - Station 6A - Nachtschicht	68,58 %
23	Allgemeine Chirurgie - Station 6B - Tagschicht	91,53 %
24	Allgemeine Chirurgie - Station 6B - Nachtschicht	46,17 %
25	Neurologie - Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie - Tagschicht	81,67 %
26	Neurologie - Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie - Nachtschicht	15 %
27	Neurologie - Station 7A - Tagschicht	97,39 %
28	Neurologie - Station 7A - Nachtschicht	72,88 %
29	Innere Medizin - Station 7B - Tagschicht	80,8 % <i>temporär geschlossen</i>
30	Innere Medizin - Station 7B - Nachtschicht	27,17 % <i>temporär geschlossen; krankheitsbedingte Personalausfälle ; krankheitsbedingte Personalausfälle</i>
31	Innere Medizin - Station 8 - Tagschicht	98,36 %
32	Innere Medizin - Station 8 - Nachtschicht	71,58 %
33	Innere Medizin, Kardiologie - Station 9 Schwerpunkt Kardiologie - Tagschicht	88,8 %
34	Innere Medizin, Kardiologie - Station 9 Schwerpunkt Kardiologie - Nachtschicht	78,42 %
35	Neurologie - Tagesklinik Geriatrie - Tagschicht	81,96 % <i>WE und FE nicht belegt</i>

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (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