



Strukturierter Qualitätsbericht 2021
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V



INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | Vorwort | 16 |
| | Einleitung | 18 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .. | 18 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 18 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 20 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 20 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 20 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 20 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .. | 24 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 25 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 27 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 27 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 27 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 27 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 33 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 44 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA .. gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 46 |

| | | | |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|----|
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | .. | 48 |
| B-[0100] | Innere Medizin und Gastroenterologie | ..... | 48 |
| B-[0100].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | ..... | 48 |
| B-[0100].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | ..... | 48 |
| B-[0100].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | ..... | 48 |
| B-[0100].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | ..... | 49 |
| B-[0100].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | .. | 49 |
| B-[0100].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | ..... | 55 |
| B-[0100].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | ..... | 55 |
| B-[0100].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | ..... | 56 |
| B-[0100].6.2 | Kompetenzdiagnosen | ..... | 57 |
| B-[0100].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | ..... | 57 |
| B-[0100].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | ..... | 59 |
| B-[0100].7.2 | Kompetenzprozeduren | ..... | 59 |
| B-[0100].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | ..... | 59 |
| B-[0100].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | ..... | 60 |
| B-[0100].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | ..... | 61 |
| B-[0100].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | ..... | 61 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 62 |
| [0100].9.1 | |
| B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der .. | 62 |
| [0100].10 Berufsgenossenschaft | |
| B- Personelle Ausstattung | 62 |
| [0100].11 | |
| B- Ärzte und Ärztinnen | 62 |
| [0100].11.1 | |
| B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 63 |
| [0100].11.1.1 | |
| B- Zusatzweiterbildung | 63 |
| [0100].11.1.2 | |
| B- Pflegepersonal | 64 |
| [0100].11.2 | |
| B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .. | 65 |
| [0100].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | |
| B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 66 |
| [0100].11.2.2 | |
| B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in .. | 66 |
| [0100].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[0103] Innere Medizin - Kardiologie | 67 |
| B-[0103].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 67 |
| B- Fachabteilungsschlüssel | 67 |
| [0103].1.1 | |
| B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 67 |
| [0103].1.2 | |
| B-[0103].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 68 |
| B-[0103].3 Medizinische Leistungsangebote der .. | 68 |
| Organisationseinheit/Fachabteilung | |
| B-[0103].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 71 |
| B-[0103].6 Hauptdiagnosen nach ICD | 71 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| B- Hauptdiagnosen 3-stellig | 73 |
| [0103].6.1 | |
| B- Kompetenzdiagnosen | 73 |
| [0103].6.2 | |
| B-[0103].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 74 |
| B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 76 |
| [0103].7.1 | |
| B- Kompetenzprozeduren | 76 |
| [0103].7.2 | |
| B-[0103].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 76 |
| B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 77 |
| [0103].8.1 | |
| B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 77 |
| [0103].8.2 | |
| B-[0103].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 77 |
| B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 78 |
| [0103].9.1 | |
| B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der .. | 78 |
| [0103].10 Berufsgenossenschaft | |
| B- Personelle Ausstattung | 78 |
| [0103].11 | |
| B- Ärzte und Ärztinnen | 78 |
| [0103].11.1 | |
| B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 79 |
| [0103].11.1.1 | |
| B- Zusatzweiterbildung | 79 |
| [0103].11.1.2 | |
| B- Pflegepersonal | 79 |
| [0103].11.2 | |
| B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .. | 81 |
| [0103].11.2 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | |
| B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 82 |

[0103].11.2.2

| | | |
|------------|---------------------------------------------------------------|----|
| B- | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in .. | 82 |
| | [0103].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[2316] | Orthopädie- und Unfallchirurgie | 83 |
| B-[2316].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 83 |
| B- | Fachabteilungsschlüssel | 83 |
| | [2316].1.1 | |
| B- | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 83 |
| | [2316].1.2 | |
| B-[2316].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 83 |
| B-[2316].3 | Medizinische Leistungsangebote der .. | 84 |
| | Organisationseinheit/Fachabteilung | |
| B-[2316].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 86 |
| B-[2316].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 86 |
| B- | Hauptdiagnosen 3-stellig | 87 |
| | [2316].6.1 | |
| B- | Kompetenzdiagnosen | 88 |
| | [2316].6.2 | |
| B-[2316].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 88 |
| B- | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 90 |
| | [2316].7.1 | |
| B- | Kompetenzprozeduren | 90 |
| | [2316].7.2 | |
| B-[2316].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 91 |
| B- | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 91 |
| | [2316].8.1 | |
| B- | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 93 |
| | [2316].8.2 | |
| B-[2316].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 93 |

| | | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| B- [2316].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 96 |
| B- [2316].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. | 96 |
| B- [2316].11 | Personelle Ausstattung | 96 |
| B- [2316].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 96 |
| B- [2316].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 97 |
| B- [2316].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 97 |
| B- [2316].11.2 | Pflegepersonal | 98 |
| B- [2316].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. | 100 |
| B- [2316].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 100 |
| B- [2316].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. | 100 |
| B-[1500] | Allgemein- und Viszeralchirurgie | 101 |
| B-[1500].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 101 |
| B- [1500].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 101 |
| B- [1500].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 101 |
| B-[1500].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 101 |
| B-[1500].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. | 102 |
| B-[1500].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 103 |
| B-[1500].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 103 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| B- Hauptdiagnosen 3-stellig | 105 |
| [1500].6.1 | |
| B- Kompetenzdiagnosen | 106 |
| [1500].6.2 | |
| B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 106 |
| B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 108 |
| [1500].7.1 | |
| B- Kompetenzprozeduren | 109 |
| [1500].7.2 | |
| B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 109 |
| B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 109 |
| [1500].8.1 | |
| B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 111 |
| [1500].8.2 | |
| B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 111 |
| B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 113 |
| [1500].9.1 | |
| B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der .. | 113 |
| [1500].10 Berufsgenossenschaft | |
| B- Personelle Ausstattung | 113 |
| [1500].11 | |
| B- Ärzte und Ärztinnen | 114 |
| [1500].11.1 | |
| B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 114 |
| [1500].11.1.1 | |
| B- Zusatzweiterbildung | 114 |
| [1500].11.1.2 | |
| B- Pflegepersonal | 115 |
| [1500].11.2 | |
| B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .. | 116 |
| [1500].11.2 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | |
| B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 116 |

[1500].11.2.2

| | | |
|------------|---------------------------------------------------------------|-----|
| B- | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in .. | 117 |
| | [1500].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[1800] | Gefäßchirurgie | 118 |
| B-[1800].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 118 |
| B- | Fachabteilungsschlüssel | 118 |
| | [1800].1.1 | |
| B- | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 118 |
| | [1800].1.2 | |
| B-[1800].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 118 |
| B-[1800].3 | Medizinische Leistungsangebote der .. | 119 |
| | Organisationseinheit/Fachabteilung | |
| B-[1800].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 119 |
| B-[1800].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 119 |
| B- | Hauptdiagnosen 3-stellig | 121 |
| | [1800].6.1 | |
| B- | Kompetenzdiagnosen | 121 |
| | [1800].6.2 | |
| B-[1800].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 122 |
| B- | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 123 |
| | [1800].7.1 | |
| B- | Kompetenzprozeduren | 124 |
| | [1800].7.2 | |
| B-[1800].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 124 |
| B- | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 124 |
| | [1800].8.1 | |
| B- | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 125 |
| | [1800].8.2 | |
| B-[1800].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 125 |

| | | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| B- [1800].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 125 |
| B- [1800].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. | 126 |
| B- [1800].11 | Personelle Ausstattung | 126 |
| B- [1800].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 126 |
| B- [1800].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 126 |
| B- [1800].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 127 |
| B- [1800].11.2 | Pflegepersonal | 127 |
| B- [1800].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. | 128 |
| B- [1800].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 129 |
| B- [1800].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. | 129 |
| B-[2400] | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 130 |
| B-[2400].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 130 |
| B- [2400].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 130 |
| B- [2400].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 130 |
| B-[2400].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 131 |
| B-[2400].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. | 131 |
| B-[2400].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 133 |
| B-[2400].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 134 |

| | | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|-----|
| B- | Hauptdiagnosen 3-stellig | 135 |
| [2400].6.1 | | |
| B- | Kompetenzdiagnosen | 136 |
| [2400].6.2 | | |
| B-[2400].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 136 |
| B- | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 138 |
| [2400].7.1 | | |
| B- | Kompetenzprozeduren | 139 |
| [2400].7.2 | | |
| B-[2400].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 139 |
| B- | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 139 |
| [2400].8.1 | | |
| B- | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 141 |
| [2400].8.2 | | |
| B-[2400].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 141 |
| B- | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 143 |
| [2400].9.1 | | |
| B- | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der .. | 143 |
| [2400].10 | Berufsgenossenschaft | |
| B- | Personelle Ausstattung | 143 |
| [2400].11 | | |
| B- | Ärzte und Ärztinnen | 143 |
| [2400].11.1 | | |
| B- | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 144 |
| [2400].11.1.1 | | |
| B- | Zusatzweiterbildung | 144 |
| [2400].11.1.2 | | |
| B- | Pflegepersonal | 144 |
| [2400].11.2 | | |
| B- | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .. | 147 |
| [2400].11.2 | Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | |
| B- | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 147 |

| | | |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| [2400].11.2.2 | | |
| B- | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in .. | 147 |
| [2400].11.3 | Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[3700] | Anästhesie/ Intensiv- und Notfallmedizin | 148 |
| B-[3700].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 148 |
| B- | Fachabteilungsschlüssel | 148 |
| [3700].1.1 | | |
| B- | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 148 |
| [3700].1.2 | | |
| B-[3700].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 149 |
| B-[3700].3 | Medizinische Leistungsangebote der .. Organisationseinheit/Fachabteilung | 149 |
| B-[3700].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 150 |
| B-[3700].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 150 |
| B- | Hauptdiagnosen 3-stellig | 150 |
| [3700].6.1 | | |
| B- | Kompetenzdiagnosen | 150 |
| [3700].6.2 | | |
| B-[3700].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 150 |
| B- | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 152 |
| [3700].7.1 | | |
| B- | Kompetenzprozeduren | 152 |
| [3700].7.2 | | |
| B-[3700].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 152 |
| B- | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 152 |
| [3700].8.1 | | |
| B- | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 153 |
| [3700].8.2 | | |
| B-[3700].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 153 |

| | | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| B- [3700].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 153 |
| B- [3700].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. | 153 |
| B- [3700].11 | Personelle Ausstattung | 153 |
| B- [3700].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 153 |
| B- [3700].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 154 |
| B- [3700].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 154 |
| B- [3700].11.2 | Pflegepersonal | 154 |
| B- [3700].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. | 154 |
| B- [3700].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 155 |
| B- [3700].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. | 155 |
| B-[2600] | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | 156 |
| B-[2600].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 156 |
| B- [2600].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 156 |
| B- [2600].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 156 |
| B-[2600].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 157 |
| B-[2600].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. | 157 |
| B-[2600].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 158 |
| B-[2600].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 158 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| B- Hauptdiagnosen 3-stellig | 158 |
| [2600].6.1 | |
| B- Kompetenzdiagnosen | 159 |
| [2600].6.2 | |
| B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 159 |
| B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 160 |
| [2600].7.1 | |
| B- Kompetenzprozeduren | 161 |
| [2600].7.2 | |
| B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 161 |
| B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 161 |
| [2600].8.1 | |
| B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 161 |
| [2600].8.2 | |
| B-[2600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 161 |
| B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 162 |
| [2600].9.1 | |
| B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der .. | 162 |
| [2600].10 Berufsgenossenschaft | |
| B- Personelle Ausstattung | 163 |
| [2600].11 | |
| B- Ärzte und Ärztinnen | 163 |
| [2600].11.1 | |
| B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 163 |
| [2600].11.1.1 | |
| B- Zusatzweiterbildung | 163 |
| [2600].11.1.2 | |
| B- Pflegepersonal | 163 |
| [2600].11.2 | |
| B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .. | 165 |
| [2600].11.2 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | |
| B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 165 |

[2600].11.2.2

| | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| B- | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in [2600].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | .. | 165 |
| C | Qualitätssicherung | | 166 |
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V | .. | 166 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | .. | 323 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management- Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | .. | 323 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | .. | 323 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge | .. | 324 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V | .. | 325 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | .. | 325 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | | 325 |

Vorwort

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Qualitätsbericht 2021 der Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH.

Unser Krankenhaus wird seit dem 1. Juli 1990 als im Handelsregister des Amtsgerichtes Wuppertal unter HRB 13116 eingetragene Gesellschaft "Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH" betrieben; Gesellschafterin ist die Evangelische Kirchengemeinde Mettmann.

Die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH ist ein Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen und Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Das medizinische Leistungsspektrum besteht aus den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Diabetologie und Endokrinologie sowie Gastroenterologie, Kardiologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie/ Orthopädie, Gefäßmedizin (bestehend aus Angiologie und Gefäßchirurgie), Anästhesie/ Intensivmedizin, Gynäkologie/ Geburtshilfe sowie der Belegabteilung HNO. Dafür verfügt das EVK Mettmann über 245 Planbetten. Darunter sind neben den 11 Intensivbetten auch fünf Palliativbetten auf einer eigens dazu geschaffenen Station verortet.

Dem Krankenhaus sind darüber hinaus die Ev. Pflegeakademie Bergisch Land mit sukzessiv auf 150 auszubauenden Ausbildungsplätzen, eine Kurzzeitpflege mit 16 Pflegeplätzen, ein Gesundheitszentrum und seit dem 1. Januar 2010 eine Medizinisches Versorgungszentrum GmbH angegliedert. Die Medizinische Versorgungszentren am Krankenhaus Mettmann GmbH vereint das MVZ Mettmann, das MVZ mit gynäkologischer Fachrichtung am Standort Wülfrath und das MVZ Erkrath mit der Zweigpraxis für Chirurgie und Gynäkologie in Erkrath.

Wichtigstes Ziel für die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH ist es, eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige stationäre und ambulante, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes Versorgungssystem sicherzustellen, das leistungsfähig ist und eigenverantwortlich wirtschaftlich arbeitet. Eine stetige, zukunftsorientierte Ausrichtung des Krankenhauses ist dabei ein dauerhaftes Ziel aller strategischen Entscheidungen.

Auch mit Beginn des Jahres 2021 hat die weiter andauernde Pandemie den Krankenhausbetrieb vor immense Herausforderungen gestellt. Vorrangiges Ziel im EVK Mettmann war und ist weiterhin der Schutz und die Sicherheit der Patienten, aber auch Mitarbeiter, um durch möglichst geringe Personalausfälle die Patientenversorgung bestmöglich zu gewährleisten. Die bereits seit 2020 gut etablierten Sicherheits- und Hygienekonzepte galt es auch in 2021 verantwortungsvoll umzusetzen, um Menschen im EVK Mettmann vor einer Covid19- Ansteckung zu schützen bzw. um Infektionsrisiken zu minimieren. Die Handlungskonzepte und Maßnahmen, die zur Patientenversorgung während der andauernden, dynamischen Pandemie erforderlich waren, wurden auch in 2021 regelmäßig kritisch geprüft und falls erforderlich angepasst. So wurde als weitere Sicherheitsmaßnahme neben der isoliert geführten „Coronastation“, auch eine „Aufnahmestation“ im Haus etabliert. Jeder stationär aufgenommene Patient wurde erst nach Eingang eines PCR-Testergebnisses auf die entsprechende Station im Haus verlegt.

Dazu und zur Umsetzung weiterer Maßnahmen hat sich der Krisenstab des Krankenhauses regelmäßig ausgetauscht.

Durch die Bereitstellung der ersten Impfstoffe und einer überdurchschnittlich hohen Impfquote in der Mitarbeiterschaft, aber auch durch die Impfungen der vulnerablen Gruppen und sukzessiv weiteren Teilen der Bevölkerung, zeichnete sich hinsichtlich der „Gefährlichkeit“ des Virus eine Entspannung ab, die auch im Krankenhausalltag spürbar wurde.

Ein weiterer Schwerpunkt im EVK Mettmann ist zudem die Gewinnung von Fachkräften, insbesondere im pflegerischen Bereich. Auch hier zeigte sich insbesondere während der Pandemie, wie dringend Pflegefachkräfte im Gesundheitswesen benötigt werden und wie sehr diese Berufsgruppe durch fehlende Kolleginnen und Kollegen belastet ist. Das EVK Mettmann setzt bei der Gewinnung von Pflegekräften auch auf die hauseigene Ausbildung. Im Jahr 2021 konnte die vollumfänglich sanierte und modern ausgestattete Evangelische Pflegeakademie Bergisch Land auf dem Klinikgelände bezogen werden. Sie wird in Kooperation

mit dem Agaplesion Bethesda Krankenhaus Wuppertal betrieben. Durch die deutlich vergrößerte Ausbildungsstätte und eine angepasste schulische Infrastruktur, starteten im Jahr 2021 erstmals zwei Ausbildungskurse – im April und im Oktober.

Hinsichtlich der Umstrukturierung im Gesundheitswesen, setzt das EVK Mettmann einen weiteren Schwerpunkt auf die Attraktivität als Arbeitgeber. Bestehende Mitarbeiter sollen an das Haus gebunden und neue Mitarbeiter an das Haus geholt werden. Dafür macht sich das Haus mit unterschiedlichsten Aktionen für Mitarbeiter stark. Denn Fakt ist: nur zufriedene und gesunde Mitarbeiter können sich bestmöglich um die ihnen anvertrauten Patienten kümmern.

Neben den Neuerungen im Jahr 2021 laufen auch gut etablierte Maßnahmen im EVK Mettmann stabil weiter, dazu zählt das Qualitäts- und Risikomanagement. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist die Patientensicherheit! Um potentiellen Fehlern von vornherein vorzubeugen, sind gezielte Maßnahmen des Risikomanagements zwingend erforderlich. Damit diese durchdringend greifen, ist es wichtig, diesen Blickwinkel in alle Krankenhausprozesse zu bringen. Seit 2019 steht uns hierfür das neue digitale CIRS Meldesystem intrafox zur Verfügung. CIRS steht für Critical Incident Reporting-System; ein bundesweit agierendes Frühwarnsystem mit dem Ziel, möglichen Fehlern im Krankenhaus präventiv zu begegnen. Unerwünschte Vorfälle, die ggf. sogar negative Auswirkungen auf unsere Patienten haben könnten, müssen im Vorfeld identifiziert und ausgeschlossen werden. Weitere Aspekte, die die Sicherheit der Patientenversorgung steigern sind u.a. die vollständige Digitalisierung des Krankenhauses, das Patientenarmband zur sicheren Identifikation, das MRSA-Screening eines jeden stationär aufgenommenen Patienten, Prozesse zur Medikationssicherheit und die Mitgliedschaft im ABS-Verbund, der sich für den verantwortungs- und sinnvollen Einsatz von Antibiotika stark macht. Selbstverständlich ist auch die leitliniengerechte Krankenhaushygiene wichtiger Baustein im Gesamtkonzept der Sicherheit für unsere Patienten. In der Corona-Pandemie war das Fachwissen der Hygienefachkräfte im Haus entscheidend und unverzichtbar und hat Inhouse-Infektionen und Infektionsausbrüche in der Mitarbeiterschaft sicher verhindert. Die generellen Entwicklungen im Risikomanagement verfolgen wir mit großem Interesse und bilden uns regelmäßig auch im Bereich der Patientensicherheit weiter. Unser Krankenhaus ist Mitglied im „Aktionsbündnis für Patientensicherheit e.V.“.

Ein weiterer Austausch mit Experten sichert zudem die Clinotel-Mitgliedschaft. Clinotel ist ein wachsender Krankenhausverbund mit derzeit 65 innovativen Krankenhäusern aus dem gesamten Bundesgebiet. Besonders dabei ist, dass jedes Mitgliedskrankenhaus seine rechtliche und organisatorische Eigenständigkeit behält. Ein wesentlicher Schwerpunkt wird bei der Zusammenarbeit auf die Qualitätssicherung gelegt, denn die ständige Verbesserung der medizinischen Qualität ist ein gemeinsames Ziel aller Verbundmitglieder. Im Clinotel-Verbund, der das Motto „Von den Besten lernen, zu den Besten gehören“ lebt, wurde das EVK Mettmann im Jahr 2018 mit dem erstmals vergebenen CLINOTEL-Award ausgezeichnet. Grundlage des Ergebnisses waren Benchmark-Vergleiche im gesamten Krankenhausverbund.

Der Qualitätsbericht 2021 wurde entsprechend der Vereinbarung gem. § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt und Umfang eines Strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erstellt, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossen wurde. Die Vorgaben für die Berichtsteile A, B und C sind einheitlich für alle Krankenhäuser festgelegt und erfassen die wesentlichen Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die sich auf das Berichtsjahr 2021 beziehen.

An der Erstellung des Qualitätsberichts 2021 und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements waren engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Krankenhauses beteiligt, denen wir an dieser Stelle für die vorbildlich geleistete Arbeit herzlich danken.

Für weitergehende Informationen besuchen Sie unsere Homepage im Internet www.ev-k-mettmann.de. Zur Beantwortung der einen oder anderen Frage stehen wir Ihnen auch gerne schriftlich oder nach Terminabsprache in einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Mettmann, Oktober 2022
Jessica Llerandi Pulido
Geschäftsführerin

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Foto: Martina Chardin

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführerin |
| Titel, Vorname, Name | Jessica Llerandi Pulido |
| Telefon | 02104 773 102 |
| Fax | 02104 773 334 |
| E-Mail | gf@evk-mettmann.de |

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitäts- und Risikomanagement |
| Titel, Vorname, Name | Konstantinos Paraschakis |
| Telefon | 02104 773 4851 |
| E-Mail | k.paraschakis@evk-mettmann.de |

Links

| | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Link zur Internetseite des Krankenhauses | http://www.evk-mettmann.de |
| Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht | http://www.evk-mettmann.de/ueber-uns/qualitaet-und-sicherheit-im-krankenhaus/qualitaets-risikomanagement.html |

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| | |
|------|-----------------------------------------|
| Name | Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |

| | |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Straße | Gartenstr. |
| Hausnummer | 4-8 |
| IK-Nummer | 260511144 |
| Standort-Nummer | 771265000 |
| Standort-Nummer alt | 0 |
| Telefon-Vorwahl | 02104 |
| Telefon | 773100 |
| E-Mail | info@evk-mettmann.de |
| Krankenhaus-URL | http://www.evk-mettmann.de |

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------|
| Pflegedienstleitung | |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Dorothea Sandhäger |
| Telefon | 02104 773 120 |
| Fax | 02104 773 122 |
| E-Mail | d.sandhaeger@evk-mettmann.de |
| Verwaltungsleitung | |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführerin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Jessica Llerandi Pulido |
| Telefon | 02104 773 102 |
| Fax | 02104 773 334 |
| E-Mail | gf@evk-mettmann.de |
| Ärztliche Leitung | |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor bis zum 30.06.2022 |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Clemens Stock |
| Telefon | 02104 773 161 |
| E-Mail | c.stock@evk-mettmann.de |
| Ärztliche Leitung | |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor seit dem 01.07.2022 |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Oliver Hofer |
| Telefon | 02104 773 161 |
| Fax | 02104 773 169 |
| E-Mail | o.hofer@evk-mettmann.de |

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|------------------|-----------------------------------------|
| Name des Trägers | Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH |
| Träger-Art | freigemeinnützig |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

Name der Universität

Universität Duisburg-Essen, Medizinische Fakultät, Universitätsstr. 2, 45122 Essen

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| # | Med.pfleg. Leistungsangebot |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | MP69 - Eigenblutspende <i>Nur in Form der intraoperativen maschinellen Autotransfusion</i> |
| 2 | MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung |
| 3 | MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie |
| 4 | MP01 - Akupressur <i>z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen</i> |
| 5 | MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining |
| 6 | MP21 - Kinästhetik |
| 7 | MP54 - Asthmaschulung |
| 8 | MP25 - Massage <i>Angeboten werden u.a. klassische Massagen, Bindegewebsmassagen, reflektorische Massagen</i> |
| 9 | MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Behandlung von Patienten mit Bewegungsstörungen, Lähmungen im peripheren und zentralen Nervensystem und rheumatische Erkrankungen, Versorgung von Patienten vor und nach Operationen. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät (KGG), Medizinische Trainingstherapie</i> |
| 11 | MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Bewegungsinduktionstherapie (z.B. Bobath, PNF), Spiegeltherapie, Schlucktherapie</i> |
| | MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung |

| # | Med.pfleg. Leistungsangebot |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | <i>Stärkung der Muskulatur des Beckenbodens, um die Kontinenz zu erhalten oder wiederzuerlangen.</i> |
| 13 | <p>MP24 - Manuelle Lymphdrainage</p> <p><i>Ist eine Form der Physikalischen Therapie. Sie dient als Ödem- und Entstauungstherapie ödematöser Körperregionen und wird überwiegend nach Operationen oder Traumata angewendet.</i></p> |
| 14 | <p>MP51 - Wundmanagement</p> <p><i>In einer zertifizierten Weiterbildung erwerben die Wundmanager die erforderlichen Kompetenzen, um Patienten mit chronischen Wunden sach- und fachgerecht individuell zu beraten und zu betreuen.</i></p> |
| 15 | <p>MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie</p> <p>MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> |
| 16 | <i>Um eine bestmögliche Anschlussversorgung unserer Patienten zu gewährleisten arbeiten wir intensiv mit nachbetreuenden Institutionen zusammen, z.B. angegliederte Kurzzeitpflege, nachbetreuende Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen</i> |
| 17 | <p>MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst</p> <p><i>psychoonkologische Beratung</i></p> <p>MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen</p> |
| 18 | <i>Erfolgt in allen Abteilungen des Krankenhauses in Form von Informationsveranstaltungen oder Einzelberatungen, z.B. Ernährungs- und Diätberatung, Anleitung und Beratung bei der Übernahme von Pflege, familiäre Pflege, Wundversorgung und Stomaberatung. Angebot und Beratung der Psychoonkologie.</i> |
| 19 | <p>MP45 - Stomatherapie/-beratung</p> <p><i>Die Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen einen künstlichen Darmausgang haben, werden durch Experten professionell beraten und versorgt.</i></p> <p>MP63 - Sozialdienst</p> |
| 20 | <i>Der Krankenhausaufenthalt kann krankheitsbedingte persönliche oder berufliche Probleme mit sich bringen, die mit Hilfe unseres Sozialdienstes besser bewältigt werden können (z.B.:Organisation von Hilfsmitteln, Hilfe bei der Heimplatzsuche etc.).</i> |
| 21 | <p>MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p> <p><i>Werden zu unterschiedlichen Themen organisiert (z.B.:Tag der offenen Tür).</i></p> <p>MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik</p> |
| 22 | <i>Die Pflegefachkräfte der Stationen und die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes übernehmen für die Patienten die Organisation der benötigten Hilfsmittel.</i> |
| 23 | <p>MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen</p> <p><i>Wird zur Schmerzbekämpfung und Entspannung durchgeführt.</i></p> <p>MP14 - Diät- und Ernährungsberatung</p> |
| 24 | <i>Die Patienten bekommen Antworten auf allgemeine Ernährungsfragen sowie spezielle diätetische Fragestellungen, die mit besonderen Belastungen zusammenhängen. Hierzu gehört u.a. die Ernährungsberatung zu Übergewicht, Arteriosklerose, Gallensteinleiden, Diabetes.</i> |
| | MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie |

| # | Med.pfleg. Leistungsangebot |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | <i>Durch intensive Betreuung und Anleitung üben die Mitarbeiter des Therapiezentrums mit den Patienten im Bewegungsbad und in der medizinischen Trainingstherapie gesundheitsfördernde Übungen ein. Ziel ist es, die Beweglichkeit im Alltag zu erhalten oder zu steigern.</i> |
| 26 | MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Still-Cafe, Kooperation Endometriose-Selbsthilfe</i> |
| 27 | MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare |
| 28 | <i>Pflegenden Angehörigen werden während des Krankenhausaufenthaltes Beratung und praktische Hilfe in Form von Pflegetrainings angeboten. Diese Trainings sind auf die individuelle Situation abgestimmt und qualifizieren sie für die Ausübung spezifischer Pflegeverrichtungen.</i> |
| 29 | MP04 - Atemgymnastik/-therapie <i>Zur Verbesserung der Atemfunktion und zum Erreichen der Aktivitäten des täglichen Lebens.</i> |
| 30 | MP06 - Basale Stimulation <i>Wird durch speziell ausgebildetes Personal im stationären Bereich durchgeführt.</i> |
| 31 | MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Eigene Palliativstation; Palliativ Care Konzept; Die enge Zusammenarbeit mit einem vor Ort ansässigen Hospizdienst wird angeboten.</i> |
| 32 | MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik <i>Wasser bietet im Rehabilitations-, Präventions- und Fitnesssport hervorragende und vielseitige Trainingsmöglichkeiten. Wassersport ist bekannt für effektives, schonendes, abwechslungsreiches und freudvolles Gesundheitstraining. Gelenkbelastungen werden durch den Auftrieb im Wasser reduziert.</i> |
| 33 | MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>Ist ein rehabilitativer Ansatz in Therapie und Pflege von Patienten mit Schädigungen des Gehirns und kommt bei der Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten in Form einer neurologischen Krankengymnastik zum Tragen.</i> |
| 34 | MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V; Enge Zusammenarbeit bei der Überleitungspflege mit umliegenden Institutionen.</i> |
| 35 | MP18 - Fußreflexzonenmassage <i>Die Fußreflexzonentherapie ist eine Massageform, bei der durch Reizung von Nervenpunkten am Fuß eine Wirkung im gesamten Organismus erzielt werden kann. Die Massage ist wohltuend und entspannend und wird unter anderem bei Kopfschmerzen, Rückenverspannungen und Verdauungsbeschwerden angewandt.</i> |
| 36 | MP26 - Medizinische Fußpflege <i>Wird über die Mitarbeiter der Stationen angefordert und von speziell ausgebildeten Fachkräften durchgeführt.</i> |
| 37 | MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>In persönlichen Gesprächen werden die Patienten durch unsere Diätassistentin individuell geschult.</i> |
| | MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot |

| # | Med.pfleg. Leistungsangebot |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38 | <i>Wir verfügen über speziell ausgebildete Stoma- und Wundtherapeuten. Darüber hinaus sind auf allen Stationen Mitarbeiter zur Diabetes versierten Pflegekraft fortgebildet.</i> |
| 39 | MP40 - Spezielle Entspannungstherapie <i>Gesundheit ist charakterisiert durch körperliches und seelisches Wohlbefinden. Im Alltag überwiegen häufig die körperlichen und psychischen Belastungen (z.B.: Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung).</i> |
| 40 | MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Präventives Herz-Kreislauftraining im Wasser (Fit über 60, Übergewichtige); Nordic Walking</i> |
| 41 | MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Rückenschmerzen entstehen häufig durch muskuläre Dysbalancen und ein geringes Kräftelevel. Die Folgen sind u.a. Rund- und Hohlrücken, Hängeschultern. Das Rücken- und Haltungstraining stellt die gezielte Kräftigung der Haltungsmuskulatur in den Mittelpunkt.</i> |
| 42 | MP30 - Pädagogisches Leistungsangebot <i>Prager Eltern-Kind-Kurse; Schulungskonzept für Übergewichtige/adipöse Kinder und Jugendliche; Erziehungsführerschein nach STEP; Konzentration und Entspannung für Kinder von 8-12 Jahren; Nichtrauchertraining.</i> |
| 43 | MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>In Form von Wärmebehandlungen, Kältebehandlungen und Elektrobehandlungen</i> |
| 44 | MP36 - Säuglingspflegekurse <i>Praktische Säuglingspflege, Brüderchen- und Schwesterchen-Kurs</i> |
| 45 | MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>ab 6. Lebenswoche</i> |
| 46 | MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>Eltern-Kind-Cafe, diverse Kurse über das Institut für Gesundheitsförderung</i> |
| 47 | MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen <i>diverse Kurse über das Institut für Gesundheitsförderung</i> |
| 48 | MP43 - Stillberatung <i>Stillambulanz</i> |
| 49 | MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik <i>Während des stationären Aufenthaltes unmittelbar nach der Geburt, Rückbildungsgymnastik ambulant</i> |
| 50 | MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik <i>Neugeborenen-Hörtests (TEOAE und AABR)</i> |
| 51 | MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <i>Yoga in der Schwangerschaft, Aqua-Fitness für Schwangere, Schwangerschaftsgymnastik, psychosomatische Geburtsvorbereitung, praktische Säuglingspflege/ Leben mit dem Neugeborenen, Brüderchen- und Schwesterchen-Kurs</i> |
| | MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie |

| # | Med.pfleg. Leistungsangebot |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52 | <i>unter der Geburt</i> |
| 53 | MP37 - Schmerztherapie/-management <i>Die Fachabteilungen des Krankenhauses haben in einer Rahmenvereinbarung Maßnahmen zur Vermeidung von Schmerzen, zum frühzeitigen Erkennen von Schmerzen und zur schnellen und wirksamen Behandlung von Schmerzen verbindlich festgelegt und umgesetzt.</i> |
| 54 | MP02 - Akupunktur <i>geburtsvorbereitend und unter der Geburt zur Schmerzreduktion</i> |
| 55 | MP53 - Aromapflege/-therapie <i>unter der Geburt und im Rahmen unserer Palliativversorgung</i> |
| 56 | MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) <i>Speziell zertifizierte Physiotherapeuten im Rahmen der neurophysiologischen Behandlung</i> |
| 57 | MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Manuelle Therapie nach Cyriax, nach Kaltenborn-Evjenth und Mulligan-Konzept</i> |
| 58 | MP57 - Biofeedback-Therapie |
| 59 | MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| # | Leistungsangebot |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Wahlleistungszimmer und im Erweiterungsbau auch für den Regelleistungsbereich</i> |
| 2 | NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Nach Vereinbarung im gesamten Haus möglich</i> |
| 3 | NM07: Rooming-in <i>Wir favorisieren das ungestörte Zusammensein von Mutter und Kind in einem Zimmer. Es ist die ideale Bedingung zum Anbahnen der Stillbeziehung und damit die beste Prophylaxe gegen die Entstehung von Stillproblemen.</i> |
| 4 | NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Wahlleistungszimmer</i> |
| 5 | NM05: Mutter-Kind-Zimmer <i>Nach Absprache in allen Fachabteilungen möglich, wird vor allem in der Geburtshilfe aktiv unterstützt.</i> |
| 6 | NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>Die evangelische Seelsorgerin und der katholische Seelsorger besuchen regelmäßig alle Stationen und sind jederzeit Ansprechpartner für die Patienten und deren Angehörigen.</i> |
| | NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen |

| # | Leistungsangebot |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | <i>Organisiert über die hauseigene Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und das Institut für Gesundheitsförderung zu unterschiedlichen Themen z.B. für die Bereiche Medizin, Gesundheit, Ernährung und Entspannung</i> |
| 8 | NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Patientenbegleit-Service, Rollstuhl-Service, allgemeine Auskünfte für Patienten und Besucher, Information über die Leistungen und besonderen Komfortleistungen des Krankenhauses, Taxi-Rufdienst</i> |
| 9 | NM10: Zwei-Bett-Zimmer |
| 10 | NM68: Abschiedsraum |
| 11 | NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet <i>Schulungen der elektronischen Patientenakte als Referenzhaus der Fa. Dedalus</i> |
| 12 | NM63: Schule im Krankenhaus <i>Seit 01.10.2021 in den neuen Räumen der "Evangelischen Pflegeakademie Bergisch Land"</i> |
| 13 | NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Bewegungsbad, Aufenthaltsraum</i> |
| 14 | NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen |
| 15 | NM62: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung <i>Im Rahmen der Praxisanleiterfortbildung</i> |
| 16 | NM02: Ein-Bett-Zimmer |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Beratung und Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigung oder ihre Angehörigen im Hinblick auf die Krankenhausbehandlung

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Sozialdienst |
| Titel, Vorname, Name | Petra Wienholt-Schouwer |
| Telefon | 02104 773 339 |
| Fax | 02104 773 337 |
| E-Mail | P.Wienholt@evk-mettmann.de |

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| # | Aspekte der Barrierefreiheit |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen |

| # | Aspekte der Barrierefreiheit |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | <i>Wahlleistungsbereich, Gynäkologie/Neugeborenenstation</i> |
| 3 | BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen |
| 4 | BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) |
| 5 | BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Folgende Sprachkenntnisse werden durch Mitarbeiter des Hauses abgedeckt. Englisch, polnisch, russisch, griechisch, türkisch, italienisch, rumänisch, arabisch u.a.</i> |
| 6 | BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift |
| 7 | BF21 - Hilfsgereäte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter |
| 8 | BF24 - Diätetische Angebote |
| 9 | BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache <i>z. B. im Rahmen des Schmerzmanagement (B.E.S.D.) und Patientenaufklärung</i> |
| 10 | BF11 - Besondere personelle Unterstützung <i>im Rahmen der Schlaganfallbehandlung (z. B. Bopath)</i> |
| 11 | BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>Personelle Unterstützung während des Klinikaufenthaltes</i> |
| 12 | BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) |
| 13 | BF25 - Dolmetscherdienst BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung |
| 14 | <i>In unserer Krankenhauskapelle sind Sie täglich willkommen um zur Ruhe zu finden, im Stillen zu Verweilen, zum Gebet oder zur Fürbitte. Evangelischer Gottesdienst jeden Samstag um 17:45 Uhr. Katholische Heilige Messe jeden dritten Sonntag im Monat um 10:00 Uhr.</i> |
| 15 | BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Auf der Station Vitalis können die speziellen Bedürfnisse von Patienten mit Demenz Erkrankungen (hier: Sicherheit und ADLs) durch die zusätzlichen baulichen Maßnahmen (Begegnungsraum, wohnliche Atmosphäre) gefördert werden.</i> |
| 16 | BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Speziell weitergebildetes Personal in der gerontopsychiatrischen Pflege sowie die Etablierung von Altagsbegleitern.</i> |
| 17 | BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige |
| 18 | BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme |
| 19 | BF30 - Mehrsprachige Internetseite |
| 20 | BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |
| 21 | BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |
| 22 | BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen |

| | |
|---|------------------------------|
| # | Aspekte der Barrierefreiheit |
|---|------------------------------|

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| # | Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) |
| 2 | FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten |
| 3 | FL09 - Doktorandenbetreuung |
| 4 | FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien |
| 5 | FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| # | Ausbildung in anderen Heilberufen |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)</p> <p><i>Als Kooperationspartner übernehmen wir die praktische Ausbildung eines Operationstechnischen Assistenten/ in in unserem Haus. Die Auszubildenden werden innerhalb von drei Jahren intensiv auf die vielfältigen Aufgaben im Operationsdienst vorbereitet.</i></p> |
| | HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin |
| 2 | <i>In unserer "Evangelischen Pflegeakademie Bergisch Land" stehen 150 Ausbildungsplätze zur Verfügung . Bei den Dozenten handelt es sich um Pflegepädagogen (m/w/d), speziell fortgebildete Pflegekräfte, Ärzte und andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens.</i> |
| 3 | <p>HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin</p> <p><i>Als Kooperationspartner im Rahmen des Praktischen Einsatzes in den Bereichen Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie und Orthopädie</i></p> |

A-9 Anzahl der Betten

| | |
|---------------|-----|
| Anzahl Betten | 245 |
|---------------|-----|

A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|-------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 10307 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 21207 |
| StäB. Fallzahl | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 79,8 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 79,8 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 18,58 |
| Personal in der stationären Versorgung | 61,22 |
| Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 42 |

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 45,47 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 45,47 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 10,03 |
| Personal in der stationären Versorgung | 35,44 |

Belegärztinnen und Belegärzte

| | |
|--------|---|
| Anzahl | 3 |
|--------|---|

A-11.2 Pflegepersonal

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

| | Gesamt | Ohne Fachabteilungszuordnung |
|-------------------------------------------------|--------|------------------------------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 176,67 | 14,92 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 176,67 | 14,92 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 176,67 | 14,92 |

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

| | Gesamt | Ohne Fachabteilungszuordnung |
|-------------------------------------------------|--------|------------------------------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 7,03 | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,03 | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 7,03 | 0 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | Gesamt | Ohne Fachabteilungszuordnung |
|-------------------------------------------------|--------|------------------------------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,58 | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,58 | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,58 | 0 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

| | Gesamt | Ohne Fachabteilungszuordnung |
|-------------------------------------------------|--------|------------------------------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 1,13 | 0,21 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,13 | 0,21 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,13 | 0,21 |

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

| | Gesamt | Ohne Fachabteilungszuordnung |
|-------------------------------------------------|--------|------------------------------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 9,24 | 3,09 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,24 | 3,09 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 9,24 | 3,09 |

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | Gesamt | Ohne Fachabteilungszuordnung |
|-------------------------------------------------|--------|------------------------------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 5,42 | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,42 | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 5,42 | 0 |

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

| | Gesamt | Ohne Fachabteilungszuordnung |
|-------------------------------------------------|--------|------------------------------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 7,25 | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,25 | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 7,25 | 0 |

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | Gesamt | Ohne Fachabteilungszuordnung |
|-------------------------------------------------|--------|------------------------------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 13,97 | 4,15 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 13,97 | 4,15 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 13,97 | 4,15 |

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personalqualifikation | SP04 - Diätassistentin und Diätassistent |
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,85 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,85 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,85 |
| Personalqualifikation | SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut |
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,21 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,21 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,21 |
| Personalqualifikation | SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut |
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,09 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,09 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,09 |
| Personalqualifikation | SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker |
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,94 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,94 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,94 |

| | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Personalqualifikation | SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister |
| Anzahl (in Vollkräften) | 1,82 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,82 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,82 |
| Personalqualifikation | SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer |
| Anzahl (in Vollkräften) | 2,92 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,92 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,92 |
| Personalqualifikation | SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut |
| Anzahl (in Vollkräften) | 6,98 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,98 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 2,09 |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,89 |
| Personalqualifikation | SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe |
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,13 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,13 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,13 |
| Personalqualifikation | SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge |
| Anzahl (in Vollkräften) | 2,21 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,21 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,21 |
| Personalqualifikation | SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement |
| Anzahl (in Vollkräften) | 2 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,6 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,4 |
| Personalqualifikation | SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta |

| | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 4,66 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,66 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 3,11 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,55 |
| Personalqualifikation | SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater |
| Anzahl (in Vollkräften) | 1 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1 |
| Personalqualifikation | SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie |
| Anzahl (in Vollkräften) | 4,7 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,7 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 3,13 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,57 |
| Personalqualifikation | SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) |
| Anzahl (in Vollkräften) | 6,24 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,24 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,25 |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,99 |
| Personalqualifikation | SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) |
| Anzahl (in Vollkräften) | 5,25 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,25 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,92 |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,33 |
| Personalqualifikation | SP59 - Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre) |
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,41 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,41 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,08 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,33 |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leitung Stabstelle Qualitäts- und Risikomanagement |
| Titel, Vorname, Name | Stefanie Wiesebach |
| Telefon | 02104 773 190 |
| Fax | 02104 773 355 |
| E-Mail | s.wiesebach@evk-mettmann.de |

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

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

Ja

Wenn ja

| | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche | Im Rahmen der Steuerungsgruppe bestehend aus Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektion und Qualitäts- und Risikomanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortlich für das klinische Risikomanagement ist der Ärztliche Direktor welcher durch die Stabstelle Qualitäts- und Risikomanagement unterstützt wird.

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.04.2020</p> |
| 2 | <p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.04.2020</p> |
| 3 | <p>RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen</p> |
| 4 | <p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.04.2020</p> |
| 5 | <p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.04.2020</p> |
| 6 | <p>RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten</p> |
| 7 | <p>RM03: Mitarbeiterbefragungen</p> |
| 8 | <p>RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen</p> |
| 9 | <p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.04.2020</p> |
| 10 | <p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.04.2020</p> |
| 11 | <p>RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.04.2020</p> |
| 12 | <p>RM18: Entlassungsmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.04.2020</p> |

Instrumente und Maßnahmen

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 27.04.2020 |
| 14 | RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 27.04.2020 |
| 15 | RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen |
| 16 | RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 27.04.2020 |
| 17 | RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 27.04.2020 |

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

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

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 | IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf |
| 2 | IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: bei Bedarf |
| 3 | IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 26.06.2020 |

Details

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums | andere Frequenz |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | Erstellung neuer Standards und Empfehlungen zur Prozess- und Patientensicherheit (Hygiene und Infektionsschutz im Rahmen der COVID Pandemie) |

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 | EF01: CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) <i>EF00</i> |
| 2 | EF14: CIRS Health Care <i>EF00</i> |

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums | andere Frequenz |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

| | |
|----------------------|------------------|
| Anzahl (in Personen) | 1 |
| Erläuterungen | Externe Beratung |

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

| | |
|------------------------------------------------------------|------|
| Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben | Nein |
| Anzahl (in Personen) | 4 |

Hygienefachkräfte (HFK)

| | |
|------------------------------------------------------------|------|
| Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben | Nein |
| Anzahl (in Personen) | 2 |

Hygienebeauftragte in der Pflege

| | |
|------------------------------------------------------------|------|
| Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben | Nein |
| Anzahl (in Personen) | 13 |

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

| | |
|------------------------------------------------|--------------|
| Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission | halbjährlich |

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Clemens Stock |
| Telefon | 02104 773 161 |
| Fax | 02104 773 169 |
| E-Mail | c.stock@evk-mettmann.de |

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 |

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

| # | Option | Auswahl |
|---|---------------------|---------|
| 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 Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

| # | Option | Auswahl |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1 | Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) | Ja |
| 2 | Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | Ja |
| 3 | Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |
| 4 | Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen 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 Allgeminstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag) 27

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen True

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 108

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten |
| 2 | HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen |
| 3 | HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Zertifikat Bronze |
| 4 | HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen |
| 5 | HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE-KOMET |

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 |
| 3 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. | Ja |
| 4 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. | Ja |
| 5 | Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. | Ja |
| 6 | Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. | Ja |
| 7 | Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. | Ja |
| 8 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | Ja <i>Patientendaten werden per se vertraulich behandelt. Der Patientenmeinungsbogen bietet die Möglichkeit, etwaige Unzufriedenheiten anonym mitzuteilen.</i> |
| 9 | Patientenbefragungen | Ja Nein |
| 10 | Einweiserbefragungen | <i>Zwischen den Chefärzten und den niedergelassenen Ärzten/ Ärztinnen finden themenspezifische Gespräche statt.</i> |

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

| | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leitung Stabstelle Qualitäts- und Risikomanagement |
| Titel, Vorname, Name | Stefanie Wiesebach |
| Telefon | 02104 773 190 |
| Fax | 02104 773 355 |
| E-Mail | s.wiesebach@evk-mettmann.de |

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Patientenfürsprecherin |
| Titel, Vorname, Name | Christa Schultz |
| Telefon | 02104 742 42 |
| E-Mail | christa-schultz-me@t-online.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? | ja – eigenständige Position AMTS |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|

Kontaktdaten

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Apothekenleiterin der Gemeinschaftsapotheke des Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf |
| Titel, Vorname, Name | Dr. rer. nat. Petra Kluge |
| Telefon | 0211 919 4950 |
| E-Mail | petra.kluge@evk-duesseldorf.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|-------------------------------------------|---|
| Anzahl Apotheker | 1 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |

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 | AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen |
| 2 | AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder |
| 3 | AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) |
| 4 | AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern |
| 5 | AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung |
| 6 | AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 27.04.2020 |
| 7 | AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 8 | AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 27.04.2020 <i>Detaillierte Vorgaben im Rahmen einer VA "Medikationsprozess vom Richten bis zur Verabreichung" (Version: 001/14.01.2021)</i> |
| 9 | AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 27.04.2020 |
| 10 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |
| 11 | AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln |
| 12 | AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln |
| 13 | AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln |

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

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): Elektronische Unterstützung bei der Arzneimittelbestellung über die Apotheke am evk Düsseldorf

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- ☑ Fallbesprechungen
- ☑ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- ☑ Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- ☑ 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 von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- ☑ Aushändigung des Medikationsplans
- ☑ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| # | Gerätenummer | 24h verfügbar |
|---|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Keine Angabe erforderlich <i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i> <i>Verfügbarkeit besteht in Zusammenarbeit mit niedergelassenem Neurologen (Praxiszeiten)</i> |
| 2 | AA23 - Mammographiegerät | Keine Angabe erforderlich <i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i> <i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i> |
| 3 | AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Keine Angabe erforderlich <i>Harnflussmessung</i> <i>im Rahmen der Spezialsprechstunde</i> |
| 4 | AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde | Keine Angabe erforderlich <i>Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten</i> <i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen/ nuklearmedizinischer Praxis</i> |
| | | Ja |

| # | Gerätenummer | 24h verfügbar |
|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | AA08 - Computertomograph (CT) | <p><i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i></p> <p><i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen sowie teleradiologische Unterstützung</i></p> |
| 6 | AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG) | <p>Ja</p> <p><i>Hirnstrommessung</i></p> |
| 7 | AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren | <p>Ja</p> <p><i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i></p> <p><i>Der Intensivstation steht ein Hämo/-dialyse Filtrationsgerät zur Therapie des akuten Nierenversagens zur Verfügung. Der Einsatz weiterer Dialysegeräte ist durch Kooperation mit benachbarter Dialysepraxis möglich.</i></p> |
| 8 | AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung | <p>Ja</p> <p><i>spezielle Beatmungsgeräte zur Unterstützung der modernen Beatmungstherapie stehen zur Verfügung.</i></p> |
| 9 | AA47 - Inkubatoren Neonatologie | <p>Ja</p> <p><i>Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)</i></p> |
| 10 | AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT) | <p>Ja</p> <p><i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder</i></p> <p><i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i></p> |
| 11 | AA50 - Kapselendoskop | <p>Keine Angabe erforderlich</p> <p><i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i></p> |
| 12 | AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph | <p>Ja</p> <p><i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i></p> |
| 13 | AA21 - Lithotripter (ESWL) | <p>Keine Angabe erforderlich</p> <p><i>Stoßwellen-Steinzerstörung</i></p> <p><i>Organisation über urologische Praxis vor Ort</i></p> |
| 14 | AA01 - Angiographiegerät/DSA | <p>Nein</p> <p><i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i></p> <p><i>eigener Eingriffsraum</i></p> |

| # | Gerätenummer | 24h verfügbar |
|----|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | AA69 - Linksherzkatheterlabor (X) | Ja <i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i> <i>eigener Eingriffsraum mit Biplaner Bildgebung</i> |
| 16 | AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen | Ja <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i> <i>Neugeborenenreanimationseinheit</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 |
| Erläuterungen | Verhandlungen für das Jahr 2021 noch nicht erfolgt. Für 2020 – Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2). |

Stufen der Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

| | |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Umstand | Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA. |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

| | |
|---------|------|
| Erfüllt | Nein |
|---------|------|

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

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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] Innere Medizin und Gastroenterologie

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

| | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Innere Medizin und Gastroenterologie |

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-------------------------|
| 1 | 0100 - Innere Medizin |

B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Innere Medizin/ Angiologie/ Diabetologie/ Endokrinologie |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Christian Berg |
| Telefon | 02104 773 150 |
| Fax | 02104 773 159 |
| E-Mail | im@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |
| Hausnummer | 4-8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | http://www.evk-mettmann.de |

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Innere Medizin/ Gastroenterologie/ Palliativmedizin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Andreas Brauksiepe |
| Telefon | 02104 773 151 |
| Fax | 02104 773 159 |
| E-Mail | im@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |
| Hausnummer | 4-8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | http://www.evk-mettmann.de |

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 | <p>VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen</p> <p><i>Die erforderlichen Laboruntersuchungen werden in einem hochmodernen, dem Krankenhaus zugehörigen Labor durchgeführt. Notwendige Untersuchungen des Knochenmarkes werden hier untersucht und zur Referenz an hämatologische Abteilungen zweier Universitätskliniken versandt.</i></p> |
| | <p>VI27 - Spezialsprechstunde</p> |
| 2 | <p><i>Alle Chefärzte haben zugeordnet zu ihren Fachbezeichnungen entsprechende Ambulanzen, die nach Terminvergabe in der Anmeldung des Sekretariates aufgesucht werden können.</i></p> |
| | <p>VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen</p> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | <i>In enger Zusammenarbeit und Absprache mit den Nephrologen des angegliederten nephrologischen Zentrums werden neben den erforderlichen Laboruntersuchungen im Haus die erforderliche Ultraschalldiagnostik und Nierenbiopsie durchgeführt. Gängige Nierenersatzverfahren stehen zur Verfügung.</i> |
| 4 | <p>VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)</p> <p><i>Es wird das komplette endokrinologische Behandlungsspektrum ambulant und stationär angeboten.</i></p> |
| 5 | <p>VR02 - Native Sonographie</p> <p><i>Für die Ultraschalluntersuchungen unterschiedlicher Organsysteme stehen zwei High-End Geräte mit insgesamt sechs Schallköpfen zur Verfügung, mit denen über die Routineuntersuchungen hinaus spezielle differenzierendere Techniken eingesetzt werden können.</i></p> |
| 6 | <p>VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen</p> <p><i>Vollständige Diagnostik in Kooperation mit Neurologen. Entscheidung zur Therapie nach Konferenz mit Gefäßchirurgen und interventionell tätigen Neuro-Radiologen</i></p> |
| 7 | <p>VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums</p> <p><i>Krankheitsbilder wie Aussaat bösartiger Prozesse im Bauchfellbereich (Peritonealkarzinose), chronische Ausschwitzungen von Flüssigkeiten über das Bauchfell (Aszites bei Leberzirrhose), Drainagetherapie</i></p> |
| 8 | <p>VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas</p> <p><i>Neben den üblichen funktionellen Tests der Organfunktionen an Hand von Laboruntersuchungen stehen für die bildgebende Ultraschall-Diagnostik neben einem modereren High-End Sonographiegerät eine Endosonographie (sowohl Radial- als auch Sektorgerät) zur Verfügung.</i></p> |
| 9 | <p>VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren</p> <p><i>Nach entsprechender Diagnostik mittels Ultraschall und Röntgenverfahren werden die interventionell behandelbaren Erkrankungen in unserem Haus behandelt, bei operativ erforderlichen Behandlungen werden die Patienten hausintern gefäßchirurgisch versorgt.</i></p> |
| 10 | <p>VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</p> <p><i>Neben den erforderlichen Labor- mit Blutuntersuchungen können die üblichen Belastungstests durchgeführt werden. Falls erforderlich werden Stimulationsteste oder Suppressionsteste zur eingehenden Hormonanalytik oder Feinnadelpunktionen (z. B. Schilddrüse) durchgeführt und histologisch aufgearbeitet.</i></p> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | <p>VR15 - Arteriographie</p> <p><i>Durchgeführt von Angiographien inkl. DSA Technik und Angioplastien (PTA) mit ggfs. Stentimplantationen der peripheren Gefäße an einer hochmodernen speziellen digitalen Röntgeneinrichtung (Angiosuite).</i></p> |
| 12 | <p>VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege</p> <p><i>In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten HNO- Praxis stehen alle zur Diagnostik und Therapie erforderlichen Verfahren zur Verfügung.</i></p> |
| 13 | <p>VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>Sämtliche konventionellen Röntgenaufnahmen können an modernen Röntgenanlagen durchgeführt werden.</i></p> |
| 14 | <p>VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten</p> <p><i>Nach entsprechender umfassender Ultraschalldiagnostik (Carotis- Duplex incl. Power Doppler oder Angio- mode, transkranieller Doppler) werden die weiteren bildgebenden Verfahren mittels Angio-CT oder Angio-MRT in der angegliederten Praxis für Radiologische Diagnostik durchgeführt.</i></p> |
| 15 | <p>VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs</p> <p><i>In enger Zusammenarbeit mit der Chirurgie unseres Hauses (Viszeralchirurgie Dr. Knaust) werden alle Verfahren eingesetzt. Weiterhin steht eine Stomatherapeutin und eine proktologische Sprechstunde zur Verfügung.</i></p> |
| 16 | <p>VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge</p> <p><i>Für Funktionsuntersuchungen der Lunge steht ein modernes Spirometriegerät zur Verfügung mit dem, neben Ruheuntersuchungen, Provokationstests durchgeführt werden. In der bildgebenden Diagnostik stehen zwei hochauflösende Videoendoskope zur Verfügung.</i></p> |
| 17 | <p>VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes</p> <p><i>Hierzu stehen unseren Kardiologen 2 High-End-Echokardiographiegeräte sowie ein Einschwemmkathetermessplatz zur Verfügung.</i></p> |
| 18 | <p>VR41 - Interventionelle Radiologie</p> |
| 19 | <p>VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten</p> <p><i>Radiologie, Labor, Punktionen, Abstriche, entsprechende Therapie</i></p> |
| 20 | <p>VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie</p> <p><i>Zur Gefäßdiagnostik steht ein Dopplersonographiegerät mit zwei Stiftsonden für die</i></p> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <i>unterschiedliche Tiefenausdehnung und Erfassung zur Verfügung.</i> |
| 21 | VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>in der Versorgung unserer Patienten im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit. Insbesondere auf einer eigenen Demenzstation (Station Vitalis)</i> |
| 22 | VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren <i>Durchführung von Oesophagus- Funktionsuntersuchungen, Magen- Darm passage, Kolon- Kontrasteinlauf, Hinten- Test (Messung der Passagezeit).</i> |
| 23 | VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Hierzu steht ein moderner Video-Endoskopiepark zur Verfügung. Es können neben den üblichen Routineendoskopen für die Magenspiegelung, ERCP und Dickdarmspiegelung spezielle Geräte eingesetzt werden.</i> |
| 24 | VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie <i>In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten HNO- und neurologischen Praxis stehen alle üblichen Verfahren zur Schwindelabklärung und -therapie zur Verfügung.</i> |
| 25 | VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura <i>Nach sonographischer und radiologischer Diagnostik werden diagnostische und entlastende Punktionen durchgeführt.</i> |
| 26 | VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge <i>In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten Praxen stehen alle zur Diagnostik und Therapie erforderlichen Verfahren zur Verfügung. Es besteht ein interdisziplinäres Tumorboard.</i> |
| 27 | VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel <i>Beide High-End-Geräte können zur Kontrastmittelsonographie eingesetzt werden, sowohl im arteriellen als auch venösen Bereich.</i> |
| 28 | VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) <i>Vorfelddiagnostik und ggf. Weiterleitung in die Universitätsklinik Düsseldorf</i> |
| 29 | VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten <i>Nach entsprechender Diagnostik mittels Ultraschall und Röntgenverfahren werden die geringfügigen konservativ behandelbaren Erkrankungen in unserem Haus behandelt, bei operativ erforderlichen Behandlungen werden die Patienten nach Absprache in die</i> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <i>Gefäßchirurgie verlegt.</i> |
| | VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 30 | <i>Vorfelddiagnostik: Röntgen, Labor, Sonographie, Endoskopien und Punktionen mit den entsprechenden Probenanalysen (untersucht an der Universität Düsseldorf); anschließende Besprechung in der interdisziplinären onkologischen Konferenz zur Klärung des weiteren therapeutischen Vorgehens.</i> |
| 31 | VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation |
| | VR04 - Duplexsonographie |
| 32 | <i>Die bereits beschriebenen High-End Geräte verfügen neben der Standard-Duplexsonographie über spezielle Doppler- Möglichkeiten (Power mode, Angio mode).</i> |
| | VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz |
| 33 | <i>Umfassende und vollständige Abklärung (in Absprache mit dem Nephrologischen Zentrum Mettmann).</i> |
| 34 | VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen |
| | VI35 - Endoskopie |
| 35 | <i>Komplett ausgestattete Endoskopie mit 3 Arbeitsplätzen, HD-Geräten einschließlich NBI, optomagnetisches Visualisierungssystem (Scope Guide) Chromoendoskopie, Zoomgerät sowie Stenosegerät, Endosonographie einschließlich Punktion, therapeutisches ERCP, ph-Metrie und Kapselendoskopie und Elastographie.</i> |
| 36 | VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin |
| | VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |
| 37 | <i>Ambulante und stationäre Betreuung</i> |
| 38 | VI39 - Physikalische Therapie |
| 39 | VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien |
| 40 | VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen |
| | VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| 41 | <i>In der intensivmedizinischen Versorgung stehen die üblichen Therapieverfahren zur Verfügung.</i> |
| 42 | VI42 - Transfusionsmedizin |
| | VI38 - Palliativmedizin |
| 43 | <i>Palliativmedizin ist die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Offiziell sind 6 genehmigte Palliativbetten (Einzelzimmer)</i> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <i>vorgehalten.</i> |
| 44 | VI40 - Schmerztherapie |
| 45 | <p>VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen</p> <p><i>Nach entsprechender Diagnostik mittels Ultraschall und Röntgenverfahren werden die geringfügigen konservativ behandelbaren Erkrankungen in unserem Haus behandelt; bei operativ erforderlichen Behandlungen werden die Patienten nach Absprache in die Gefäßchirurgie verlegt.</i></p> |
| 46 | <p>VR06 - Endosonographie</p> <p><i>Zur Diagnostik von Organveränderungen im Magen-Darmtrakt 2 High- End-Sonogeräte mit spez. Endosonographie-Sonden zur Verfügung, wovon eine Sonde auch zur Probenentnahme in der Lage ist. Es wird sowohl ein radiales- als auch ein Sektor-Scan- Endosonographiegerät vorgehalten</i></p> |
| 47 | <p>VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen</p> <p><i>Es besteht eine enge Koopertation mit der rheumatologischen Klinik des Evangelischen Fachkrankenhauses Ratingen.</i></p> |
| 48 | <p>VI00 - („Sonstiges“): Elastographie</p> <p><i>Überprüfung der Leberfestigkeit bei V.a. Leberfibrose und Leberzirrhose; Überprüfung der Schilddrüsengewebebeschaffenheit</i></p> |
| 49 | <p>VI00 - („Sonstiges“): Flexible endoskopische Examination des Schluckaktes (FEES)</p> <p><i>Ein speziell ausgebildetes Team (Neurologen, Logopäden, Gastroenterologen) untersucht die Schluckaktionen mittels des 3,9mm dünnen Gerätes, welches durch ein Nasenloch in den Rachenraum geschoben wird. Durch Trocken-, Nass- und Farbbreischluck werden verschiedene Schluckstörungen differenziert.</i></p> |
| 50 | <p>VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen</p> <p><i>In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten HNO- und neurologischen Praxis stehen alle üblichen Verfahren zur Diagnostik und Therapie der Nasennebenhöhlenerkrankungen zur Verfügung.</i></p> |
| 51 | <p>VA00 - („Sonstiges“): Diabetologie</p> <p><i>Ambulate und Stationäre Diagnostik und Therapie aller Diabetesformen</i></p> |
| 52 | <p>VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen</p> <p><i>Nach entsprechender Diag. (Ultraschall/ Röntgen) werden die kons. behandelbaren Erkrankungen in unserem Haus behandelt, bei interventionell erforderlichen Behandlungen mit interventionellen angiol. Schwerpunkt oder bei komplexen befunden</i></p> |

Medizinische Leistungsangebote

werden diese intern gefäßchirurgisch versorgt.

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

Vollstationäre Fallzahl 3043

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet | 154 |
| 2 | J12.8 | Pneumonie durch sonstige Viren | 144 |
| 3 | E86 | Volumenmangel | 96 |
| 4 | K29.1 | Sonstige akute Gastritis | 61 |
| 5 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 45 |
| 6 | J44.19 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet | 43 |
| 7 | I26.9 | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale | 36 |
| 8 | D50.8 | Sonstige Eisenmangelanämien | 36 |
| 9 | K29.6 | Sonstige Gastritis | 36 |
| 10 | J69.0 | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes | 35 |
| 11 | J18.1 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet | 34 |
| 12 | K21.0 | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis | 33 |
| 13 | K63.5 | Polyp des Kolons | 33 |
| 14 | I50.01 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz | 32 |
| 15 | I70.22 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m | 31 |

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 16 | J18.8 | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 31 |
| 17 | K70.3 | Alkoholische Leberzirrhose | 31 |
| 18 | F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 30 |
| 19 | I10.01 | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | 30 |
| 20 | E11.91 | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | 30 |
| 21 | J44.09 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet | 28 |
| 22 | K57.32 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung | 27 |
| 23 | C25.0 | Bösartige Neubildung: Pankreaskopf | 24 |
| 24 | R55 | Synkope und Kollaps | 23 |
| 25 | N17.93 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 | 23 |
| 26 | B99 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten | 22 |
| 27 | K52.8 | Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis | 21 |
| 28 | E11.61 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | 21 |
| 29 | A09.0 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs | 20 |
| 30 | K29.0 | Akute hämorrhagische Gastritis | 20 |

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|--------------------------------------|----------|
| 1 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 157 |
| 2 | K29 | Gastritis und Duodenitis | 149 |

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|
| 3 | J12 | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert | 144 |
| 4 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 104 |
| 5 | E11 | Diabetes mellitus, Typ 2 | 99 |
| 6 | E86 | Volumenmangel | 96 |
| 7 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 81 |
| 8 | I70 | Atherosklerose | 72 |
| 9 | K57 | Divertikulose des Darmes | 63 |
| 10 | D12 | Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus | 27 |

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|---|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 958 |
| 2 | 1-440.9 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt | 565 |
| 3 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 397 |
| 4 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 381 |
| 5 | 1-650.2 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie | 366 |
| 6 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 319 |
| 7 | 9-500.0 | Patientenschulung: Basisschulung | 310 |
| 8 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 286 |
| 9 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 206 |
| | | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat | |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 10 | 8-800.c0 | und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 188 |
| 11 | 9-984.9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 | 180 |
| 12 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 173 |
| 13 | 1-444.6 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie | 170 |
| 14 | 1-650.1 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum | 153 |
| 15 | 8-561.1 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie | 145 |
| 16 | 9-984.6 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 | 124 |
| 17 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 121 |
| 18 | 9-984.a | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 | 111 |
| 19 | 3-607 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten | 95 |
| 20 | 1-444.7 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien | 82 |
| 21 | 1-797.0 | Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung: Ohne invasive Katheteruntersuchung | 72 |
| 22 | 8-836.0s | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel | 70 |
| 23 | 3-056 | Endosonographie des Pankreas | 67 |
| 24 | 5-452.63 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion | 65 |
| 25 | 3-055.0 | Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege | 63 |
| 26 | 5-469.d3 | Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch | 61 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 27 | 8-854.2 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation | 60 |
| 28 | 3-035 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung | 59 |
| 29 | 3-820 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel | 58 |
| 30 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 57 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 1366 |
| 2 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 977 |
| 3 | 1-440 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas | 688 |
| 4 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 545 |
| 5 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 319 |
| 6 | 9-500 | Patientenschulung | 310 |
| 7 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 286 |
| 8 | 1-444 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt | 252 |
| 9 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 206 |
| 10 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 202 |

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|------------------|-------------------------------|
| | | Gastroenterologische Ambulanz |

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | AM07 - Privatambulanz | <i>Vorstellung bei Magen- Darm- oder Lebererkrankungen zur erweiterten Diagnostik und Therapie, insbesondere zu Spiegelungen des Verdauungstraktes und Abklärung funktioneller Verdauungsstörungen</i> |
| 2 | AM07 - Privatambulanz | Diabetologie und Endokrinologie |
| 3 | AM07 - Privatambulanz | Allgemeine Innere Medizin <i>Sämtliche internistischen Erkrankungen können diagnostisch und therapeutisch behandelt werden</i> |
| 4 | AM07 - Privatambulanz | Angiologie |
| 5 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |
| 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) | Endokrinologie |
| 7 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Coloskopien und Sigmoidoskopien <i>Therapeutisch</i> |

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

| # | Ambulanz | Leistung |
|---|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Angiologie | VR15 - Arteriographie |
| 2 | Angiologie | VR04 - Duplexsonographie |
| 3 | Angiologie | VR41 - Interventionelle Radiologie |
| 4 | Angiologie | VR16 - Phlebographie |
| 5 | Diabetologie und Endokrinologie | VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) |
| 6 | Gastroenterologische Ambulanz | VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |

| # | Ambulanz | Leistung |
|----|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | Gastroenterologische Ambulanz | VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| 8 | Gastroenterologische Ambulanz | VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs |
| 9 | Gastroenterologische Ambulanz | VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| 10 | Gastroenterologische Ambulanz | VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums |
| 11 | Gastroenterologische Ambulanz | VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 12 | Gastroenterologische Ambulanz | VI38 - Palliativmedizin |

B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 1-650.2 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie | 170 |
| 2 | 1-650.1 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum | 63 |
| 3 | 5-452.60 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen | 31 |
| 4 | 5-452.61 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge | 20 |
| 5 | 1-275.0 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen | < 4 |
| 6 | 5-378.52 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|----------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 233 |
| 2 | 5-452 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes | 51 |
| 3 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | < 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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 18,16 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 18,16 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 5,45 |
| Personal in der stationären Versorgung | 12,71 |
| Fälle je Vollkraft | 169,06 |
| Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 42 |

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 6,73 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,73 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |

| | |
|----------------------------------------|--------|
| Personal in der ambulanten Versorgung | 2,02 |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,71 |
| Fälle je Vollkraft | 434,71 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | AQ23 - Innere Medizin <i>Die Facharztqualifikation Innere Medizin tragen die 2 Chefärzte, die 4 Oberärzte und 2 Fachärzte.</i> |
| 2 | AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie <i>Die Facharztqualifikation für den Schwerpunkt Gastroenterologie tragen 1 Chefarzt und 2 Oberärzte.</i> |
| 3 | AQ25 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie <i>1 Chefarzt und 1 Facharzt</i> |
| 4 | AQ24 - Innere Medizin und Angiologie <i>1 Chefarzt und 1 Oberarzt</i> |

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZF07 - Diabetologie <i>1 Chefarzt, 1 Oberarzt und 1 Facharzt</i> |
| 2 | ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – <i>Die Zusatzqualifikation tragen zwei Chefärzte</i> |
| 3 | ZF30 - Palliativmedizin <i>Die Zusatzqualifikation tragen 1 Chefärzte, 1 Oberarzt und 1 Assistenzärztin</i> |
| 4 | ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – <i>Die Zusatzqualifikation tragen 2 Chefärzte und 3 Oberärzte</i> |

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

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

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 46,29 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 46,29 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 46,29 |
| Fälle je Vollkraft | 66,15 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|---------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 2,59 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,59 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,59 |
| Fälle je Vollkraft | 1014,33 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,37 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,37 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,37 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,81 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,81 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,81 |
| Fälle je Vollkraft | 3043 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|---------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 3,11 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,11 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,11 |
| Fälle je Vollkraft | 1014,33 |

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 4,32 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,32 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,32 |
| Fälle je Vollkraft | 760,75 |

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | PQ20 - Praxisanleitung |

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 4 | PQ18 - Pflege in der Endoskopie |
| 5 | PQ01 - Bachelor |
| 6 | PQ12 - Notfallpflege |
| 7 | PQ07 - Pflege in der Onkologie |

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

| # | Zusatzqualifikation |
|---|------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZP16 - Wundmanagement |
| 2 | ZP03 - Diabetes |
| 3 | ZP20 - Palliative Care |
| 4 | ZP25 - Gerontopsychiatrie |
| 5 | ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i> |
| 6 | ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| 7 | ZP05 - Entlassungsmanagement |

B-[0100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0103] Innere Medizin - Kardiologie

B-[0103].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---------------------------------------------|------------------------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Innere Medizin - Kardiologie |

B-[0103].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-----------------------------------------------|
| 1 | 0103 - Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie |

B-[0103].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Innere Medizin/Kardiologie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Lothar Scheuble |
| Telefon | 02104 773 152 |
| Fax | 02104 773 128 |
| E-Mail | kardiologie@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |
| Hausnummer | 4-8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | http://www.evk-mettmann.de |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Innere Medizin/Kardiologie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Georg Haltern |
| Telefon | 02104 773 152 |
| Fax | 02104 773 128 |
| E-Mail | kardiologie@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |

| | |
|------------|---------------------------------------------------------------------|
| Hausnummer | 4-8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | http://www.evk-mettmann.de |

B-[0103].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-[0103].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten</p> <p><i>Akute Herzinfarktversorgung und sämtliche Formen der komplexen chronischen Durchblutungsstörungen des Herzens werden mittels Herzkatheterverfahren in Mettmann vollständig diagnostiziert und behandelt. Hierzu dient unser 2018 eingerichtetes biplanes Herzkatheterlabor.</i></p> |
| 2 | <p>VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes</p> <p><i>Invasive Links- und Rechtsherzkatheterdiagnostik und echokardiographische Verfahren ermöglichen ein vollständiges hämodynamisches Profil bei Patienten mit pulmonalen Herzkrankheiten und Erkrankungen des Lungenkreislaufs.</i></p> |
| 3 | <p>VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit</p> <p><i>Invasive und nichtinvasive Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche) ist ein Versorgungsschwerpunkt. Alle modernen bildgebenden Verfahren (Herzkatheter, Kardio-CT, Kardio-MRT, Myokardszintigraphie) werden im Haus oder in Kooperation angeboten.</i></p> |
| 4 | <p>VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten</p> <p><i>Nach entsprechender umfassender Ultraschalldiagnostik (Carotis- Duplex incl. Power Doppler oder Angio- mode, transkranieller Doppler) werden die weiteren bildgebenden Verfahren mittels Angio-CT oder Angio-MRT in der angegliederten Praxis für Radiologische Diagnostik durchgeführt.</i></p> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | <p>VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)</p> <p><i>Dem zertifizierten Hypertonie-Zentrum stehen neben einem hochmodernen Labor mit nahezu allen erforderlichen Bestimmungsverfahren und Ultraschallgeräte der High-End-Klasse zur Verfügung. Verzahnungen zur Endokrinologie / Daibetologie ermöglichen eine umfassende kardiovaskuläre Präventionsmedizin.</i></p> |
| 6 | <p>VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge</p> <p><i>Für Funktionsuntersuchungen der Lunge steht eine moderne Bodyplethysmographie sowie eine Spiroergometrienheit zur Verfügung mit der eine differenzierte leitliniengerechte Diganostik erfolgt. In der bildgebenden Diagnostik stehen zudem zwei hochauflösende Bronchoskopieendoskope zur Verfügung.</i></p> |
| 7 | <p>VI20 - Intensivmedizin</p> <p><i>Auf der interdisziplinären Intensivstation werden schwere Krankheitsbilder wie der kardiogene Schock, der überlebte plötzliche Herztod, der Herzinfarkt und der Schlaganfall mit allen intensivmedizinischen Möglichkeiten leitliniengerecht kompetent kardiologisch-internistisch versorgt.</i></p> |
| 8 | <p>VI27 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>I.R. einer kardiologischen Privatsprechstunde bieten die leitenden Ärzte zusätzliche Beratungsangebote zur Hypertoniebehandlung (Hypertensiologie), der umfassenden Herzinsuffizienzbehandlung (Bildgebungsschwerpunkt) sowie zur interventionellen Behandlung chronischer Koronargefäßverschlüsse (CTO).</i></p> |
| 9 | <p>VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen</p> <p><i>Elektrokardiographische Diagnostik von supraventrikulären Arrhythmien und Elektrokarzioversion von Vorhofflimmern sowie Diagnostik sämtlicher bradykarder Herzrhythmusstörungen. Komplexere Herzrhythmusstörungen werden in Kooperation elektrophysiologisch untersucht und interventionell behandelt.</i></p> |
| 10 | <p>VI34 - Elektrophysiologie</p> <p><i>Langzeit-EKG Untersuchungen; Differenzierte Auswertungen von EKG Befunde. Komplexe Herzrhythmusstörungen werden in Kooperation elektrophysiologisch untersucht und interventionell behandelt. Vorhofflimmer-Ablationen in Kooperation.</i></p> |
| 11 | <p>VI39 - Physikalische Therapie</p> <p><i>Eine Unterstützung des Heilungsverlaufs durch intensive stationäre Physiotherapie sowie eine engmaschige Anbindung des Überleitungsmanagements in Anschlußheilverfahren und anderer Anschlußversorgung ist regelhafter Bestandteil unser Versorgung</i></p> |
| 12 | <p>VC05 - Schrittmachereingriffe</p> <p><i>Ein-, Zwei- und Dreikammerschrittmacher werden nach Indikationsstellung routinemäßig implantiert. Ebenso sind jederzeit Aggregatwechsel und</i></p> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <i>Sondenrevisionen möglich.</i> |
| 13 | VC06 - Defibrillatoreingriffe <i>Nach Indikationsstellung durch unsere Kardiologen werden Defibrillatoreingriffe durchgeführt. Hierzu gehören die klassischen Defibrillatoren als auch Geräte mit zusätzlichen Optionen zur Verbesserung der Herzfunktion.</i> |
| 14 | VC10 - Eingriffe am Perikard <i>Sämtliche Arten von Herzbeutelkrankungen, die mit einer Ergußbildung des Herzbeutels einhergehen, werden invasiv entlastet und diagnostisch evaluiert.</i> |
| 15 | VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen <i>Eine Risikomodifikations-Verhaltensänderung wird im Rahmen der kardiologischen Aufarbeitung in den Kontext der Gesamterkrankung Arteriosklerose gestellt. Die konservative Behandlung der Koronararterienerkrankung wird im Rahmen der Behandlung medikamentös regelhaft angewendet.</i> |
| 16 | VR04 - Duplexsonographie <i>Carotis-Duplex-Untersuchungen und duplexsonographische Untersuchungen der peripheren Arterien und Venen sind regelhafter Bestandteil der kardiologischen Aufarbeitung</i> |
| 17 | VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel <i>Sämtliche moderne Verfahren der Echokardiographie werden mithilfe von 3 modernen Echokardiographiegeräten der neuesten Generation routinemäßig durchgeführt. Mithilfe von Kontrastmittel erfolgt auch die Diagnostik von Shuntvitien, Septumdefekten und Vorhofohr-Auffälligkeiten.</i> |
| 18 | VR06 - Endosonographie <i>Schluckecho-Untersuchungen (TEE) werden regelhaft mit modernster Technik durchgeführt. Herzklappenerkrankungen, Aortenerkrankungen und Strukturauffälligkeiten des Herzens werden in Vorbereitung der therapeutischen Maßnahmen durchgeführt.</i> |
| 19 | VR15 - Arteriographie <i>Neben der Diagnostik und Behandlung der Herzkranzgefäße ist die kathetergestützte Diagnostik der Aorta und der herznahen Gefäße sowie echokardiographische Diagnostik der herznahen Gefäße Versorgungsbestandteil im Herzkatheterlabor.</i> |
| 20 | VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung <i>Die dreidimensionale Echokardiographie mit Echtzeit- (Live)-Rekonstruktion wird zur Lokalisation von Herzklappendefekten und deren Therapieplanung verwendet. Kardio-CT-Untersuchungen mit CT-Angiographie sind in Kooperation mit der kooperierenden radiologischen Praxis möglich.</i> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 | <p>VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung</p> <p><i>Drei- und vierdimensionale Untersuchungen der koronaren Morphologie mit virtueller Histologie sind im Rahmen von Katheteruntersuchungen möglich. Nichtinvasiv erfolgen im Bereich der 4D-Bildgebung Kardio-MRT-Untersuchungen in Kooperation.</i></p> |
| 22 | <p>VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern</p> <p><i>Sämtliche zur Therapieplanung und diagnostischen Indikationsstellung notwendigen Parameter der Kardiologie werden vorgehalten. Insbesondere auch vollständige hämodynamische Untersuchungen bei Herzklappenerkrankungen und pulmonaler Hypertonie werden regelhaft durchgeführt</i></p> |

B-[0103].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2091 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[0103].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|----------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | I50.01 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz | 169 |
| 2 | I10.01 | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | 162 |
| 3 | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | 149 |
| 4 | I48.0 | Vorhofflimmern, paroxysmal | 137 |
| 5 | I25.13 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung | 103 |
| 6 | I50.13 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung | 72 |
| 7 | R55 | Synkope und Kollaps | 69 |
| 8 | I48.1 | Vorhofflimmern, persistierend | 67 |
| 9 | I25.12 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung | 64 |
| 10 | I25.11 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung | 63 |

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 11 | R07.3 | Sonstige Brustschmerzen | 57 |
| 12 | I11.90 | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | 51 |
| 13 | R07.2 | Präkordiale Schmerzen | 47 |
| 14 | I95.1 | Orthostatische Hypotonie | 43 |
| 15 | I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | 43 |
| 16 | I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | 42 |
| 17 | I20.0 | Instabile Angina pectoris | 40 |
| 18 | I20.8 | Sonstige Formen der Angina pectoris | 38 |
| 19 | I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand | 29 |
| 20 | I25.10 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen | 24 |
| 21 | I11.91 | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | 24 |
| 22 | I26.9 | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale | 22 |
| 23 | I49.8 | Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien | 19 |
| 24 | I49.5 | Sick-Sinus-Syndrom | 17 |
| 25 | I44.2 | Atrioventrikulärer Block 3. Grades | 17 |
| 26 | I48.3 | Vorhofflattern, typisch | 16 |
| 27 | M79.10 | Myalgie: Mehrere Lokalisationen | 15 |
| 28 | I10.91 | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | 15 |
| 29 | I47.1 | Supraventrikuläre Tachykardie | 14 |
| 30 | R06.0 | Dyspnoe | 14 |

B-[0103].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | I50 | Herzinsuffizienz | 291 |
| 2 | I25 | Chronische ischämische Herzkrankheit | 258 |
| 3 | I48 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern | 240 |
| 4 | I21 | Akuter Myokardinfarkt | 225 |
| 5 | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 183 |
| 6 | R07 | Hals- und Brustschmerzen | 118 |
| 7 | I11 | Hypertensive Herzkrankheit | 89 |
| 8 | I20 | Angina pectoris | 83 |
| 9 | R55 | Synkope und Kollaps | 69 |
| 10 | I95 | Hypotonie | 52 |
| 11 | I49 | Sonstige kardiale Arrhythmien | 51 |
| 12 | I44 | Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock | 26 |
| 13 | I26 | Lungenembolie | 26 |
| 14 | I47 | Paroxysmale Tachykardie | 24 |
| 15 | R00 | Störungen des Herzschlages | 20 |
| 16 | M79 | Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert | 17 |
| 17 | I35 | Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten | 15 |
| 18 | I42 | Kardiomyopathie | 14 |
| 19 | R06 | Störungen der Atmung | 14 |
| 20 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 13 |
| 21 | J12 | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert | 12 |
| 22 | T82 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen | 10 |
| 23 | I34 | Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten | 10 |

B-[0103].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0103].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 1-275.0 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen | 645 |
| 2 | 8-83b.c6 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Resorbierbare Plugs mit Anker | 406 |
| 3 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 225 |
| 4 | 9-500.0 | Patientenschulung: Basisschulung | 207 |
| 5 | 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | 205 |
| 6 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 194 |
| 7 | 1-275.2 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel | 184 |
| 8 | 8-83b.0c | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer | 170 |
| 9 | 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | 169 |
| 10 | 3-031 | Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie | 157 |
| 11 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 130 |
| 12 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 127 |
| 13 | 8-640.0 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion) | 127 |
| 14 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 119 |
| | | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an | |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 15 | 8-837.m1 | Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | 101 |
| 16 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 91 |
| 17 | 1-266.0 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher | 83 |
| 18 | 1-279.a | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung | 77 |
| 19 | 8-561.1 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie | 67 |
| 20 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 66 |
| 21 | 1-275.5 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen | 61 |
| 22 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 59 |
| 23 | 1-275.3 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung | 56 |
| 24 | 9-984.6 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 | 54 |
| 25 | 8-83b.b6 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an Koronargefäßen | 53 |
| 26 | 3-035 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung | 51 |
| 27 | 8-83b.07 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer | 49 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|--------------------------------------------------------|----------|
| 28 | 9-984.9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 | 49 |
| 29 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 46 |
| 30 | 1-273.1 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie | 42 |

B-[0103].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|----------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | 978 |
| 2 | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien | 727 |
| 3 | 8-837 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen | 632 |
| 4 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 492 |
| 5 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 225 |
| 6 | 9-500 | Patientenschulung | 207 |
| 7 | 3-031 | Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie | 157 |
| 8 | 8-640 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus | 133 |
| 9 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 130 |
| 10 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 127 |

B-[0103].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0103].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | AM07 - Privatambulanz | Allgemeine Innere Medizin <i>Sämtliche internistischen Erkrankungen können diagnostisch und therapeutisch behandelt werden</i> |

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Kardiologische Ambulanz |
| 2 | AM07 - Privatambulanz | <i>Vorstellung bei Herzerkrankungen zur erweiterten Diagnostik ggf. Therapie mit allen derzeit zur Verfügung stehenden Verfahren.</i> |

B-[0103].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

| # | Ambulanz | Leistung |
|---|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Kardiologische Ambulanz | VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| 2 | Kardiologische Ambulanz | VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| 3 | Kardiologische Ambulanz | VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| 4 | Kardiologische Ambulanz | VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten |
| 5 | Kardiologische Ambulanz | VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit |

B-[0103].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0103].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 1-275.0 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen | 16 |
| 2 | 1-275.2 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel | < 4 |
| 3 | 5-378.51 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem | < 4 |
| 4 | 5-378.02 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, | < 4 |

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | | Zweikammersystem | |
| 5 | 1-275.1 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel | < 4 |
| 6 | 1-275.5 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen | < 4 |

B-[0103].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | 20 |
| 2 | 5-378 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators | < 4 |

B-[0103].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0103].11 Personelle Ausstattung

B-[0103].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | |
|----------------------------------------------------|--------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 10,99 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,99 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 3,3 |
| Personal in der stationären Versorgung | 7,69 |
| Fälle je Vollkraft | 190,26 |
| Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 42 |

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 5,38 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,38 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,61 |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,77 |
| Fälle je Vollkraft | 388,66 |

B-[0103].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|--------------------------------------------------------------------------|
| 1 | AQ23 - Innere Medizin <i>2 Chefärzte, 3 Oberärzte, 2 Fachärzte</i> |
| 2 | AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie <i>2 Chefärzte, 3 Oberärzte</i> |

B-[0103].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZF15 - Intensivmedizin <i>Beide Chefärzte der Kardiologie verfügen über die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin</i> |
| 2 | ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – |
| 3 | ZF23 - Magnetresonanztomographie – fachgebunden – |
| 4 | ZF54 - Kardiale Magnetresonanztomographie |
| 5 | ZF08 - Flugmedizin |

B-[0103].11.2 Pflegepersonal

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

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 46,25 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 46,25 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 46,25 |
| Fälle je Vollkraft | 45,21 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,02 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,02 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,02 |
| Fälle je Vollkraft | 104550 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,04 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,04 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,04 |
| Fälle je Vollkraft | 52275 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

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

| | |
|----------------------------------------|-------|
| Personal in der stationären Versorgung | 0,1 |
| Fälle je Vollkraft | 20910 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|---------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 1,13 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,13 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,13 |
| Fälle je Vollkraft | 1850,44 |

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 4,04 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,04 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,04 |
| Fälle je Vollkraft | 517,57 |

B-[0103].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 4 | PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege |
| 5 | PQ12 - Notfallpflege |
| 6 | PQ01 - Bachelor |

B-[0103].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

| # | Zusatzqualifikation |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZP16 - Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i> |
| 2 | ZP03 - Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i> |
| 3 | ZP20 - Palliative Care |
| 4 | ZP25 - Gerontopsychiatrie |
| 5 | ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i> |
| 6 | ZP05 - Entlassungsmanagement |

B-[0103].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2316] Orthopädie- und Unfallchirurgie

B-[2316].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---------------------------------------------|---------------------------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Orthopädie- und Unfallchirurgie |

B-[2316].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-----------------------------|
| 1 | 1500 - Allgemeine Chirurgie |

B-[2316].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Unfallchirurgie/ Orthopädie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Andrzej Kaminski |
| Telefon | 02104 773 130 |
| Fax | 02104 773 128 |
| E-Mail | a.kaminski@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |
| Hausnummer | 4-8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | http://www.evk-mettmann.de |

B-[2316].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

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

2014 nach § 135c SGB V

B-[2316].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |
| 2 | VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| 3 | VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes |
| 4 | VO15 - Fußchirurgie |
| 5 | VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| 6 | VO16 - Handchirurgie |
| 7 | VC66 - Arthroskopische Operationen |
| 8 | VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes |
| 9 | VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| 10 | VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| 11 | VC69 - Verbrennungschirurgie |
| 12 | VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |
| 13 | VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes |
| | VC58 - Spezialsprechstunde |
| 14 | <i>2x/Woche BG-Sprechstunde, 1x/Woche Chef-Sprechstunde, 2x/Woche Endoprothetik-Sprechstunde, 1x/Woche Arthroskopie-Sprechstunde, 5x/Woche Sprechstunde Poststationäre Unfallchirurgie, 5x/Woche Notfallsprechstunde</i> |
| 15 | VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| 16 | VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen |
| 17 | VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| 18 | VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19 | VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| 20 | VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses |
| 21 | VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| 22 | VC65 - Wirbelsäulen Chirurgie |
| 23 | VC30 - Septische Knochenchirurgie |
| 24 | VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren |
| 25 | VC67 - Chirurgische Intensivmedizin |
| | VC71 - Notfallmedizin |
| 26 | <i>Seit 04/2021 Regionales TraumaZentrum , VAV Zulassung, 98 traumabedingte Schockraumversorgungen</i> |
| 27 | VC63 - Amputationschirurgie |
| 28 | VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 29 | VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| 30 | VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| 31 | VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| 32 | VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| 33 | VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| 34 | VO21 - Traumatologie |
| 35 | VO14 - Endoprothetik |
| 36 | VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| 37 | VK32 - Kindertraumatologie |
| 38 | VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien |
| 39 | VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane |
| 40 | VO19 - Schulterchirurgie |
| 41 | VR02 - Native Sonographie |
| 42 | VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma |
| 43 | VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut |
| 44 | VD20 - Wundheilungsstörungen |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|---------------------------------------------------------------|
| 45 | VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| 46 | VN23 - Schmerztherapie |
| 47 | VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| 48 | VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |

B-[2316].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2263 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[2316].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|-------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | M51.1 | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie | 175 |
| 2 | M48.06 | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich | 135 |
| 3 | S72.01 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär | 90 |
| 4 | S06.0 | Gehirnerschütterung | 83 |
| 5 | S52.51 | Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur | 64 |
| 6 | M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose | 63 |
| 7 | M16.1 | Sonstige primäre Koxarthrose | 60 |
| 8 | S42.21 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf | 47 |
| 9 | M75.1 | Läsionen der Rotatorenmanschette | 46 |
| 10 | M48.02 | Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich | 46 |
| 11 | S72.11 | Femurfraktur: Intertrochantär | 45 |
| 12 | M50.1 | Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie | 36 |
| 13 | M54.4 | Lumboischialgie | 33 |
| 14 | S82.6 | Fraktur des Außenknöchels | 32 |

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 15 | S32.01 | Fraktur eines Lendenwirbels: L1 | 30 |
| 16 | S30.0 | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens | 27 |
| 17 | M51.2 | Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung | 25 |
| 18 | M80.08 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | 23 |
| 19 | M75.4 | Impingement-Syndrom der Schulter | 22 |
| 20 | S82.81 | Bimalleolarfraktur | 22 |
| 21 | S83.53 | Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes | 20 |
| 22 | S92.3 | Fraktur der Mittelfußknochen | 20 |
| 23 | S32.1 | Fraktur des Os sacrum | 19 |
| 24 | L03.10 | Phlegmone an der oberen Extremität | 19 |
| 25 | S82.18 | Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige | 18 |
| 26 | S82.82 | Trimalleolarfraktur | 18 |
| 27 | M47.86 | Sonstige Spondylose: Lumbalbereich | 16 |
| 28 | M16.3 | Sonstige dysplastische Koxarthrose | 15 |
| 29 | M94.26 | Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | 15 |
| 30 | M50.2 | Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung | 14 |

B-[2316].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|---------------------------------------------------|----------|
| 1 | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 204 |
| 2 | M48 | Sonstige Spondylopathien | 187 |
| 3 | S72 | Fraktur des Femurs | 179 |
| 4 | S42 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes | 121 |

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-------------------------------------------------------------|----------|
| 5 | S52 | Fraktur des Unterarmes | 110 |
| 6 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 96 |
| 7 | S32 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens | 93 |
| 8 | M16 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] | 80 |
| 9 | S22 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule | 55 |
| 10 | M54 | Rückenschmerzen | 49 |

B-[2316].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2316].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 8-561.1 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie | 518 |
| 2 | 5-984 | Mikrochirurgische Technik | 383 |
| 3 | 3-203 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 314 |
| 4 | 5-831.2 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression | 267 |
| 5 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 213 |
| 6 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 200 |
| 7 | 3-205 | Native Computertomographie des Muskel- Skelett-Systems | 180 |
| 8 | 5-032.30 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment | 180 |
| 9 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 171 |
| 10 | 3-206 | Native Computertomographie des Beckens | 168 |
| | | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum | |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 11 | 5-032.10 | und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment | 156 |
| 12 | 5-839.60 | Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment | 152 |
| 13 | 3-802 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 137 |
| 14 | 5-839.61 | Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente | 113 |
| 15 | 9-500.0 | Patientenschulung: Basisschulung | 93 |
| 16 | 5-814.3 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes | 87 |
| 17 | 5-814.4 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette | 87 |
| 18 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 80 |
| 19 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 78 |
| 20 | 5-814.7 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne | 70 |
| 21 | 5-032.31 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 2 Segmente | 70 |
| 22 | 3-24x | Andere Computertomographie-Spezialverfahren | 62 |
| 23 | 5-032.11 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente | 59 |
| 24 | 5-83b.70 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment | 57 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 25 | 9-984.6 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 | 56 |
| 26 | 9-984.9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 | 54 |
| 27 | 5-820.41 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert | 54 |
| 28 | 5-032.00 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment | 53 |
| 29 | 5-820.00 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert | 52 |
| 30 | 5-794.k6 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal | 49 |

B-[2316].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-----------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-032 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis | 602 |
| 2 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 574 |
| 3 | 8-561 | Funktionsorientierte physikalische Therapie | 518 |
| 4 | 5-984 | Mikrochirurgische Technik | 383 |
| 5 | 5-839 | Andere Operationen an der Wirbelsäule | 376 |
| 6 | 3-203 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 314 |
| 7 | 5-831 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe | 305 |
| 8 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 213 |
| 9 | 3-205 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems | 180 |
| 10 | 3-206 | Native Computertomographie des Beckens | 168 |

B-[2316].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2316].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1 | AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz |
| 2 | AM08 - Notfallambulanz (24h) | |
| 3 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |

B-[2316].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

| # | Ambulanz | Leistung |
|---|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Notfallambulanz (24h) | VO21 - Traumatologie |
| 2 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| 3 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren |
| 4 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen |
| 5 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven |
| 6 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| 7 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 8 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen |
| 9 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |

| # | Ambulanz | Leistung |
|----|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| 11 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 12 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| 13 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| 14 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen |
| 15 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |
| 16 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes |
| 17 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| 18 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| 19 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes |
| 20 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses |
| 21 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |
| 22 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |

| # | Ambulanz | Leistung |
|----|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 23 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes |
| 24 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| 25 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO15 - Fußchirurgie |
| 26 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO16 - Handchirurgie |
| 27 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VK32 - Kindertraumatologie |
| 28 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| 29 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC71 - Notfallmedizin |
| 30 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe |
| 31 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VC58 - Spezialsprechstunde |
| 32 | Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz | VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie |

B-[2316].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2316].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-812.5 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell | 47 |
| 2 | 5-812.eh | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk | 41 |
| 3 | 5-811.0h | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk | 16 |
| 4 | 5-790.2b | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale | 9 |
| 5 | 5-399.7 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) | 8 |
| 6 | 5-787.1r | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal | 7 |
| 7 | 5-056.40 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch | 7 |
| 8 | 5-787.3r | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal | 6 |
| 9 | 5-787.gb | Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale | 6 |
| 10 | 5-810.0h | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk | 6 |
| 11 | 5-811.1h | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk | 5 |
| 12 | 5-790.1c | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand | 4 |
| 13 | 5-810.4h | Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk | 4 |
| 14 | 5-811.2h | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk | 4 |
| 15 | 5-790.1b | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale | < 4 |

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 16 | 5-399.5 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) | < 4 |
| 17 | 5-787.06 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal | < 4 |
| 18 | 5-787.0b | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale | < 4 |
| 19 | 5-530.33 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior) | < 4 |
| 20 | 5-787.k6 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal | < 4 |
| 21 | 5-790.0a | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Karpale | < 4 |
| 22 | 5-787.0c | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand | < 4 |
| 23 | 5-787.k0 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula | < 4 |
| 24 | 5-790.26 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radius distal | < 4 |
| 25 | 5-790.16 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal | < 4 |
| 26 | 1-513.8 | Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Bein | < 4 |
| 27 | 5-787.1n | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal | < 4 |
| 28 | 5-812.7 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation | < 4 |
| 29 | 5-385.70 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna | < 4 |
| 30 | 5-840.01 | Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Beugesehnen Langfinger | < 4 |

B-[2316].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-812 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken | 91 |
| 2 | 5-787 | Entfernung von Osteosynthesematerial | 57 |
| 3 | 5-811 | Arthroskopische Operation an der Synovialis | 25 |
| 4 | 5-790 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese | 24 |
| 5 | 5-399 | Andere Operationen an Blutgefäßen | 11 |
| 6 | 5-810 | Arthroskopische Gelenkoperation | 11 |
| 7 | 5-056 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven | 8 |
| 8 | 5-841 | Operationen an Bändern der Hand | 4 |
| 9 | 5-795 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen | < 4 |
| 10 | 5-849 | Andere Operationen an der Hand | < 4 |

B-[2316].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2316].11 Personelle Ausstattung

B-[2316].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 12,19 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 12,19 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 2,44 |

| | |
|------------------------------------------|--------|
| Personal in der stationären Versorgung | 9,75 |
| Fälle je Vollkraft | 188,58 |
| Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 42 |

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 8,43 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,43 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,69 |
| Personal in der stationären Versorgung | 6,74 |
| Fälle je Vollkraft | 282,88 |

B-[2316].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie <i>1 Chefarzt und 4 Oberärzte</i> |
| 2 | AQ06 - Allgemeinchirurgie <i>1 Facharzt (Schwerpunkt: Unfallchirurgie)</i> |
| 3 | AQ41 - Neurochirurgie <i>4 Fachärzte</i> |

B-[2316].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|-----------------------------------------------------------|
| 1 | ZF28 - Notfallmedizin <i>3 Ärzte</i> |
| 2 | ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie <i>1 Arzt</i> |
| | ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie |

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Arzt</div> <p>ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie</p> |
| 4 | <p>2 Ärzte</p> |
| 5 | <p>ZF09 - Geriatrie</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Arzt</div> |
| 6 | <p>ZF42 - Spezielle Schmerztherapie</p> <p>1 Arzt</p> |
| 7 | <p>ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Arzt</div> |
| 8 | <p>ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –</p> |

B-[2316].11.2 Pflegepersonal

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

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 34,53 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 34,53 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 34,53 |
| Fälle je Vollkraft | 64,66 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,68 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,68 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |

| | |
|----------------------------------------|------|
| Personal in der stationären Versorgung | 0,68 |
| Fälle je Vollkraft | 2263 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,03 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,03 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,03 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,01 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,01 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,01 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,88 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,88 |
| Fälle je Vollkraft | 2263 |

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

| | |
|-------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 2,51 |
|-------------------------|------|

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,51 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,51 |
| Fälle je Vollkraft | 754,33 |

B-[2316].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ08 - Pflege im Operationsdienst |
| 3 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 4 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 5 | PQ01 - Bachelor |
| 6 | PQ12 - Notfallpflege |
| 7 | PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege |

B-[2316].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

| # | Zusatzqualifikation |
|---|------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZP16 - Wundmanagement |
| 2 | ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i> |
| 3 | ZP05 - Entlassungsmanagement |
| 4 | ZP03 - Diabetes |

B-[2316].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

| | |
|---------------------------------------------|----------------------------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Allgemein- und Viszeralchirurgie |

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-----------------------------|
| 1 | 1500 - Allgemeine Chirurgie |

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Allgemein-/ Viszeralchirurgie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Uwe Knaust |
| Telefon | 02104 773 133 |
| Fax | 02104 773 128 |
| E-Mail | u.knaust@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |
| Hausnummer | 4-8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | http://www.evk-mettmann.de |

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

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

2014 nach § 135c SGB V

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

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | VC63 - Amputationschirurgie <i>Minor- und Majoramputationen bei Diabetes mellitus</i> |
| 2 | VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung <i>in Verbindung mit angeschlossener radiologischer Praxis</i> |
| 3 | VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>in Verbindung mit angeschlossener radiologischer Praxis</i> |
| 4 | VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>MRCF, in Verbindung mit angeschlossener radiologischer Praxis</i> |
| 5 | VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge <i>gemeinsam mit der gastroenterologischen Abteilung und der ans Haus angeschlossenen onkologischen Praxis</i> |
| 6 | VC67 - Chirurgische Intensivmedizin |
| 7 | VR06 - Endosonographie <i>endorektale Sonographie (Staging Rektumtumore, Abszesse, Schließmuskeldefekte)</i> |
| 8 | VC00 - („Sonstiges“): Chirurgie der Bauchwandhernien <i>Versorgung von Leistenbrüchen je nach Indikation endoskopisch (TAPP; TEPP) oder konventionell (Lichtenstein, Shouldice, u.a.) Versorgung von Narbenhernien je nach Indikation in Sublay- oder IPOM-Technik, Bauchdeckenrekonstruktion und -ersatz</i> |
| 9 | VR02 - Native Sonographie <i>Sonographie des Abdomens, Nahfeldsonographie, Schilddrüsenultraschall</i> |
| 10 | VC05 - Schrittmachereingriffe <i>in Verbindung mit der kardiologischen Abteilung Implantation, Aggregatwechsel und Revision, Implantation von Eventrecordern, ICD und CRT-D.</i> |
| 11 | VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>alle Eingriffe an Leber und Gallensystem einschließlich ausgedehnter</i> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <i>Leberteilresektionen außer Transplantation, keine Resektionen am Pankreas</i> |
| | VC22 - Magen-Darm-Chirurgie |
| 12 | <i>Chirurgische Behandlung von gut- und bösartigen Erkrankungen des gesamten Magendarmtraktes ausser Ösophaguschirurgie</i> |
| | VC21 - Endokrine Chirurgie |
| 13 | <i>Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Nebennieren. Neuromonitoring.</i> |
| | VC62 - Portimplantation |
| 14 | <i>Einsetzen von Kathetersystemen zur Chemotherapie/künstlichen Ernährung</i> |
| | VC24 - Tumorchirurgie |
| 15 | <i>Therapie von Tumoren der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Magen, Darm. Leber, Galle, Bauchhöhle, Weichteiltumoren</i> |
| | VC00 - („Sonstiges“): Koloproktologie |
| 16 | <i>Diagnostik und Therapie des Hämorrhoidalleidens einschließlich Staplerverfahren, Analfissuren, Analfisteln, Rektozelen, Rektumprolaps, Stuhlinkontinenz, Anal- und Rektumtumoren</i> |
| | VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen |
| 17 | <i>Leistenbruchversorgung, Gallenblasenentfernung, Appendektomie, Anti-Reflux-Operationen, Dickdarm(teil)entfernungen, Adhäsioylysen, Milzentfernung, Leberzystenoperationen, Peritonealdialysekatheteranlage</i> |

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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1029 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | K80.10 | Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 58 |

Hernia inguinalis, einseitig oder ohne

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 2 | K40.90 | Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet | 52 |
| 3 | K80.20 | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 52 |
| 4 | K57.32 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung | 44 |
| 5 | K80.00 | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 43 |
| 6 | K35.8 | Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet | 31 |
| 7 | K56.4 | Sonstige Obturation des Darmes | 25 |
| 8 | K57.22 | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung | 25 |
| 9 | K56.5 | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion | 24 |
| 10 | L02.2 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf | 23 |
| 11 | K35.30 | Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur | 22 |
| 12 | L02.4 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten | 22 |
| 13 | K64.3 | Hämorrhoiden 4. Grades | 17 |
| 14 | K42.0 | Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän | 17 |
| 15 | K64.2 | Hämorrhoiden 3. Grades | 17 |
| 16 | K61.0 | Analabszess | 15 |
| 17 | K40.20 | Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet | 15 |
| 18 | K43.2 | Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän | 15 |
| 19 | K43.0 | Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän | 14 |
| 20 | K56.6 | Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion | 14 |
| 21 | L05.0 | Pilonidalzyste mit Abszess | 12 |
| 22 | L72.1 | Trichilemmalzyste | 11 |

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 23 | E04.1 | Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten | 9 |
| 24 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 9 |
| 25 | E04.2 | Nichttoxische mehrknotige Struma | 8 |
| 26 | K35.31 | Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur | 8 |
| 27 | K60.3 | Analfistel | 8 |
| 28 | K35.2 | Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis | 8 |
| 29 | L02.3 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß | 7 |
| 30 | K40.91 | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie | 7 |

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | K80 | Cholelithiasis | 172 |
| 2 | K40 | Hernia inguinalis | 82 |
| 3 | K56 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie | 76 |
| 4 | K35 | Akute Appendizitis | 73 |
| 5 | K57 | Divertikulose des Darmes | 73 |
| 6 | L02 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel | 54 |
| 7 | K64 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose | 46 |
| 8 | K43 | Hernia ventralis | 34 |
| 9 | C18 | Bösartige Neubildung des Kolons | 29 |
| 10 | K61 | Abszess in der Anal- und Rektalregion | 24 |
| 11 | K42 | Hernia umbilicalis | 23 |
| 12 | E04 | Sonstige nichttoxische Struma | 20 |
| 13 | L05 | Pilonidalzyste | 17 |
| 14 | D17 | Gutartige Neubildung des Fettgewebes | 13 |
| 15 | K60 | Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion | 13 |

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|----------------------------------------------------------------|----------|
| 16 | K62 | Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums | 12 |
| 17 | T81 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert | 12 |
| 18 | L72 | Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut | 11 |
| 19 | L89 | Dekubitalgeschwür und Druckzone | 10 |
| 20 | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | < 4 |

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|---|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-511.11 | Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge | 180 |
| 2 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 116 |
| 3 | 5-469.20 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch | 79 |
| 4 | 8-561.1 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie | 72 |
| 5 | 5-470.10 | Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch (Schlingen)ligatur | 59 |
| 6 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 54 |
| 7 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 54 |
| 8 | 5-530.33 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior) | 53 |
| 9 | 5-932.42 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ² | 50 |

Anwendung eines Klammernahtgerätes und

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 10 | 5-98c.0 | sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung | 46 |
| 11 | 5-916.a5 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums | 42 |
| 12 | 5-469.21 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch | 42 |
| 13 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 40 |
| 14 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 39 |
| 15 | 9-500.0 | Patientenschulung: Basisschulung | 39 |
| 16 | 5-490.1 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision | 37 |
| 17 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 33 |
| 18 | 5-98c.2 | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt | 33 |
| 19 | 1-440.9 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt | 32 |
| 20 | 5-932.43 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ² | 31 |
| 21 | 5-572.1 | Zystostomie: Perkutan | 26 |
| 22 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 26 |
| 23 | 5-896.1b | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion | 25 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 24 | 8-914.01 | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Brustwirbelsäule | 22 |
| 25 | 5-069.40 | Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM] | 21 |
| 26 | 5-530.31 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] | 21 |
| 27 | 1-650.2 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie | 20 |
| 28 | 5-850.d6 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Bauchregion | 20 |
| 29 | 5-469.00 | Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch | 19 |
| 30 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 18 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|----------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-511 | Cholezystektomie | 186 |
| 2 | 5-469 | Andere Operationen am Darm | 171 |
| 3 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 159 |
| 4 | 5-932 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung | 136 |
| 5 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 116 |
| 6 | 5-98c | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme | 86 |
| 7 | 5-530 | Verschluss einer Hernia inguinalis | 82 |
| 8 | 5-470 | Appendektomie | 80 |
| 9 | 5-455 | Partielle Resektion des Dickdarmes | 78 |
| 10 | 8-561 | Funktionsorientierte physikalische Therapie | 72 |

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 11 | 5-916 | Temporäre Weichteildeckung | 67 |
| 12 | 5-894 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 65 |
| 13 | 5-895 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 64 |
| 14 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 56 |
| 15 | 5-493 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden | 52 |
| 16 | 1-440 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas | 42 |
| 17 | 5-534 | Verschluss einer Hernia umbilicalis | 41 |
| 18 | 5-850 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie | 41 |
| 19 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 40 |
| 20 | 9-500 | Patientenschulung | 39 |

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1 | AM08 - Notfallambulanz (24h) | Zentralambulanz |
| 2 | AM07 - Privatambulanz | <i>Di + Mi 12.00 einschließlich proktologische Sprechstunde</i> |
| 3 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |

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

| # | Ambulanz | Leistung |
|---|----------------|--------------------------------------------------|
| 1 | Privatambulanz | VC00 - („Sonstiges“) |
| 2 | Privatambulanz | VC63 - Amputationschirurgie |
| 3 | Privatambulanz | VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen |

| # | Ambulanz | Leistung |
|----|-----------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 4 | Privatambulanz | VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel |
| 5 | Privatambulanz | VR10 - Computertomographie (CT), nativ |
| 6 | Privatambulanz | VD12 - Dermatochirurgie |
| 7 | Privatambulanz | VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren |
| 8 | Privatambulanz | VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut |
| 9 | Privatambulanz | VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde |
| 10 | Privatambulanz | VC21 - Endokrine Chirurgie |
| 11 | Privatambulanz | VR06 - Endosonographie |
| 12 | Privatambulanz | VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge |
| 13 | Privatambulanz | VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| 14 | Privatambulanz | VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie |
| 15 | Privatambulanz | VC22 - Magen-Darm-Chirurgie |
| 16 | Privatambulanz | VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel |
| 17 | Privatambulanz | VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ |
| 18 | Privatambulanz | VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren |
| 19 | Privatambulanz | VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen |
| 20 | Privatambulanz | VR02 - Native Sonographie |
| 21 | Privatambulanz | VC62 - Portimplantation |
| 22 | Privatambulanz | VC05 - Schrittmachereingriffe |
| 23 | Privatambulanz | VC24 - Tumorchirurgie |
| 24 | Privatambulanz | VD20 - Wundheilungsstörungen |
| 25 | Zentralambulanz | VC00 - („Sonstiges“) |
| 26 | Zentralambulanz | VC63 - Amputationschirurgie |
| 27 | Zentralambulanz | VC16 - Aortenaneurysmachirurgie |
| 28 | Zentralambulanz | VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen |
| 29 | Zentralambulanz | VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel |
| 30 | Zentralambulanz | VR10 - Computertomographie (CT), nativ |
| 31 | Zentralambulanz | VD12 - Dermatochirurgie |

| # | Ambulanz | Leistung |
|----|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 32 | Zentralambulanz | VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |
| 33 | Zentralambulanz | VC61 - Dialyseshuntchirurgie |
| 34 | Zentralambulanz | VC21 - Endokrine Chirurgie |
| 35 | Zentralambulanz | VR06 - Endosonographie |
| 36 | Zentralambulanz | VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen |
| 37 | Zentralambulanz | VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie |
| 38 | Zentralambulanz | VC22 - Magen-Darm-Chirurgie |
| 39 | Zentralambulanz | VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ |
| 40 | Zentralambulanz | VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren |
| 41 | Zentralambulanz | VC20 - Nierenchirurgie |
| 42 | Zentralambulanz | VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen |
| 43 | Zentralambulanz | VC62 - Portimplantation |
| 44 | Zentralambulanz | VC24 - Tumorchirurgie |

B-[1500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-530.33 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior) | 36 |
| 2 | 5-399.5 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) | 31 |
| 3 | 5-399.7 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) | 13 |
| 4 | 5-534.1 | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem | 4 |

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | | Bruchfortenverschluss | |
| 5 | 5-401.50 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung | < 4 |
| 6 | 5-536.10 | Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenenes oder xenogenes Material | < 4 |
| 7 | 5-622.6 | Orchidektomie: Inguinalhoden, mit Epididymektomie | < 4 |
| 8 | 5-787.k6 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal | < 4 |
| 9 | 5-787.30 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula | < 4 |
| 10 | 5-787.1n | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal | < 4 |
| 11 | 5-056.7 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden | < 4 |
| 12 | 5-530.73 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior) | < 4 |
| 13 | 5-401.10 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Ohne Markierung | < 4 |
| 14 | 5-535.0 | Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss | < 4 |
| 15 | 5-535.1 | Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss | < 4 |
| 16 | 5-492.00 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal | < 4 |
| 17 | 5-897.0 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision | < 4 |
| 18 | 5-790.0a | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Karpale | < 4 |
| 19 | 5-493.20 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment | < 4 |

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 20 | 5-787.g6 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radius distal | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-399 | Andere Operationen an Blutgefäßen | 44 |
| 2 | 5-530 | Verschluss einer Hernia inguinalis | 37 |
| 3 | 5-787 | Entfernung von Osteosynthesematerial | 4 |
| 4 | 5-534 | Verschluss einer Hernia umbilicalis | 4 |
| 5 | 5-401 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße | < 4 |
| 6 | 5-536 | Verschluss einer Narbenhernie | < 4 |
| 7 | 5-535 | Verschluss einer Hernia epigastrica | < 4 |
| 8 | 5-493 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden | < 4 |
| 9 | 5-492 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals | < 4 |
| 10 | 5-056 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven | < 4 |
| 11 | 5-622 | Orchidektomie | < 4 |
| 12 | 5-790 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese | < 4 |
| 13 | 5-897 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis | < 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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 7,72 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,72 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,54 |
| Personal in der stationären Versorgung | 6,18 |
| Fälle je Vollkraft | 128,62 |
| Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 42 |

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 4,72 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,72 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,94 |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,78 |
| Fälle je Vollkraft | 205,8 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|------------------------------------------|
| 1 | AQ06 - Allgemeinchirurgie 2 Fachärzte |
| 2 | AQ13 - Viszeralchirurgie 4 Fachärzte |

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 Fachärzte</div> |
| 2 | ZF34 - Proktologie 2 Fachärzte |

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

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

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 19,35 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 19,35 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 19,35 |
| Fälle je Vollkraft | 54,16 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,04 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,04 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,04 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

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

| | |
|------------------------------------------------|-----|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,4 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,4 |

| | |
|-------------------------------------------------|-----|
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,4 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 1,53 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,53 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,53 |
| Fälle je Vollkraft | 514,5 |

B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ08 - Pflege im Operationsdienst |
| 3 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 5 | PQ01 - Bachelor |
| 6 | PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege |
| 7 | PQ12 - Notfallpflege |

B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

| # | Zusatzqualifikation |
|---|---------------------------------------------------|
| 1 | ZP16 - Wundmanagement ZP14 - Schmerzmanagement |

| # | Zusatzqualifikation |
|---|--------------------------------------|
| 2 | <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i> |
| 3 | ZP05 - Entlassungsmanagement |
| 4 | ZP03 - Diabetes |

**B-[1500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen
Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

B-[1800] Gefäßchirurgie

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

| | |
|---------------------------------------------|----------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Gefäßchirurgie |

B-[1800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-------------------------|
| 1 | 1800 - Gefäßchirurgie |

B-[1800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Gefäßchirurgie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Guido Eickmann |
| Telefon | 02104 773 132 |
| Fax | 02104 773 128 |
| E-Mail | g.eickmann@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |
| Hausnummer | 4-8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |

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 | VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen |
| 2 | VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen |
| 3 | VC61 - Dialyseshuntchirurgie |
| 4 | VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |
| 5 | VC62 - Portimplantation |
| 6 | VC16 - Aortenaneurysmachirurgie |

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

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 187 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | I70.24 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration | 25 |
| 2 | N18.5 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 | 19 |
| 3 | I70.22 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m | 12 |
| 4 | I70.25 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän | 12 |
| 5 | I70.23 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz | 9 |
| 6 | T82.5 | Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen | 9 |

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 7 | I74.3 | Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten | 7 |
| 8 | T82.3 | Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate | 6 |
| 9 | I72.4 | Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität | 6 |
| 10 | I65.2 | Verschluss und Stenose der A. carotis | 5 |
| 11 | I83.9 | Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung | 5 |
| 12 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 5 |
| 13 | I83.1 | Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung | 4 |
| 14 | E11.74 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet | 4 |
| 15 | I87.21 | Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration | < 4 |
| 16 | I83.0 | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration | < 4 |
| 17 | I83.2 | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung | < 4 |
| 18 | I72.8 | Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien | < 4 |
| 19 | T87.6 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf | < 4 |
| 20 | I87.01 | Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration | < 4 |
| 21 | I71.4 | Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur | < 4 |
| 22 | I74.2 | Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten | < 4 |
| 23 | L97 | Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert | < 4 |
| 24 | I80.0 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten | < 4 |
| 25 | I80.28 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten | < 4 |

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 26 | T82.7 | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen | < 4 |
| 27 | N18.4 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 | < 4 |
| 28 | E11.75 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet | < 4 |
| 29 | I70.21 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr | < 4 |
| 30 | I77.80 | Penetrierendes Aortenulcus [PAU] | < 4 |

B-[1800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | I70 | Atherosklerose | 60 |
| 2 | N18 | Chronische Nierenkrankheit | 21 |
| 3 | T82 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen | 18 |
| 4 | I83 | Varizen der unteren Extremitäten | 15 |
| 5 | I72 | Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion | 10 |
| 6 | I74 | Arterielle Embolie und Thrombose | 9 |
| 7 | E11 | Diabetes mellitus, Typ 2 | 6 |
| 8 | I65 | Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt | 5 |
| 9 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 5 |
| 10 | I71 | Aortenaneurysma und -dissektion | 4 |

B-[1800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 3-607 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten | 58 |
| 2 | 5-98e | Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen | 30 |
| 3 | 5-381.70 | Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis | 27 |
| 4 | 5-916.a0 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut | 26 |
| 5 | 8-561.1 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie | 26 |
| 6 | 5-930.4 | Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch | 24 |
| 7 | 5-394.5 | Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes | 23 |
| 8 | 5-930.3 | Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen | 23 |
| 9 | 3-605 | Arteriographie der Gefäße des Beckens | 22 |
| 10 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 22 |
| 11 | 5-395.70 | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis | 21 |
| 12 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 19 |
| 13 | 5-392.10 | Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica | 18 |
| 14 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 17 |
| 15 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 17 |
| 16 | 5-916.a1 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen | 14 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | | und/oder Gelenken der Extremitäten | |
| 17 | 5-930.00 | Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung | 13 |
| 18 | 5-393.53 | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes | 12 |
| 19 | 3-226 | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel | 12 |
| 20 | 5-381.54 | Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa | 12 |
| 21 | 5-381.71 | Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris | 11 |
| 22 | 5-394.2 | Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates | 11 |
| 23 | 3-613 | Phlebographie der Gefäße einer Extremität | 11 |
| 24 | 5-896.1g | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß | 11 |
| 25 | 5-865.7 | Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation | 10 |
| 26 | 5-380.72 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea | 10 |
| 27 | 3-606 | Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten | 10 |
| 28 | 9-500.0 | Patientenschulung: Basisschulung | 10 |
| 29 | 5-866.5 | Revision eines Amputationsgebietes: Fußregion | 9 |
| 30 | 5-385.70 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna | 9 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|-----------------------------------------|----------|
| 1 | 5-930 | Art des Transplantates oder Implantates | 63 |
| 2 | 5-381 | Endarteriektomie | 62 |

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|
| 3 | 3-607 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten | 58 |
| 4 | 5-916 | Temporäre Weichteildeckung | 52 |
| 5 | 5-394 | Revision einer Blutgefäßoperation | 46 |
| 6 | 5-395 | Patchplastik an Blutgefäßen | 33 |
| 7 | 5-98e | Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen | 30 |
| 8 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 27 |
| 9 | 8-561 | Funktionsorientierte physikalische Therapie | 26 |
| 10 | 3-605 | Arteriographie der Gefäße des Beckens | 22 |

B-[1800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|------------------------------|--------------------------|
| 1 | AM07 - Privatambulanz | |
| 2 | AM08 - Notfallambulanz (24h) | |

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

| # | Ambulanz | Leistung |
|---|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Notfallambulanz (24h) | VC16 - Aortenaneurysmachirurgie |
| 2 | Notfallambulanz (24h) | VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel |
| 3 | Notfallambulanz (24h) | VC61 - Dialyseshuntchirurgie |
| 4 | Notfallambulanz (24h) | VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel |
| 5 | Notfallambulanz (24h) | VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen |

| # | Ambulanz | Leistung |
|----|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | Notfallambulanz (24h) | VC58 - Spezialsprechstunde |
| 7 | Notfallambulanz (24h) | VD20 - Wundheilungsstörungen |
| 8 | Privatambulanz | VC16 - Aortenaneurysmachirurgie |
| 9 | Privatambulanz | VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |
| 10 | Privatambulanz | VR04 - Duplexsonographie |
| 11 | Privatambulanz | VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie |
| 12 | Privatambulanz | VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen |
| 13 | Privatambulanz | VR02 - Native Sonographie |
| 14 | Privatambulanz | VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen |
| 15 | Privatambulanz | VC58 - Spezialsprechstunde |
| 16 | Privatambulanz | VD20 - Wundheilungsstörungen |
| 17 | AM07 | VC61 - Dialyseshuntchirurgie |
| 18 | AM07 | VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel |
| 19 | AM07 | VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel |
| 20 | AM08 | VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |
| 21 | AM08 | VR04 - Duplexsonographie |

B-[1800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[1800].11 Personelle Ausstattung

B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 4,28 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,28 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,86 |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,42 |
| Fälle je Vollkraft | 46,75 |
| Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 42 |

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 3,29 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,29 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,66 |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,63 |
| Fälle je Vollkraft | 62,33 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | AQ07 - Gefäßchirurgie <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">1 Chefarzt, 2 Oberärzte</div> |

B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZF31 - Phlebologie <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">1 Chefarzt</div> |
| 2 | ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – |

B-[1800].11.2 Pflegepersonal

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 4,97 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,97 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,97 |
| Fälle je Vollkraft | 37,4 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,62 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,62 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,62 |
| Fälle je Vollkraft | 187 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,02 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,02 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,02 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,16 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,16 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,16 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 1,27 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,27 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,27 |
| Fälle je Vollkraft | 187 |

B-[1800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 4 | PQ08 - Pflege im Operationsdienst |
| 5 | PQ12 - Notfallpflege |
| 6 | PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege |

B-[1800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

| # | Zusatzqualifikation |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZP16 - Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i> |
| 2 | ZP03 - Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i> |
| 3 | ZP32 - Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG® |
| 4 | ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i> |
| 5 | ZP05 - Entlassungsmanagement |

B-[1800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---------------------------------------------|----------------------------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-----------------------------------------|
| 1 | 2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe |

B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Clemens Stock |
| Telefon | 02104 773 161 |
| Fax | 02104 773 169 |
| E-Mail | c.stock@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |
| Hausnummer | 4-8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | http://www.evk-mettmann.de |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Senologie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Constantin Pagouras |
| Telefon | 02104 773 4904 |
| Fax | 02104 773 169 |
| E-Mail | c.pagouras@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |

| | |
|------------|---------------------------------------------------------------------|
| Hausnummer | 4-8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | http://www.evk-mettmann.de |

B-[2400].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-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>VG16 - Urogynäkologie</p> <p><i>Die spezielle urogynäkologische Sprechstunde umfasst die Beratung und Diagnostik inklusive der Erstellung eines urodynamischen Profils. Die Untersuchungen sind obligat vor einer evtl. Operation (s. VG07)</i></p> |
| 2 | <p>VG12 - Geburtshilfliche Operationen</p> <p><i>Bei Geburtsstillstand muss ggf. ein sog. vaginal-operatives Verfahren (je nach Befund: Saugglocken- oder Forcepsextraktion) angewendet werden. Ein Kaiserschnitt (sectio) wird möglichst nach der sog. sanften Methode durchgeführt,</i></p> |
| 3 | <p>VG06 - Gynäkologische Chirurgie</p> <p><i>Komplexere Eingriffe, bei denen die minimal-invasiven Methoden nicht angewendet werden können, erfolgen über Unterbauchquerschnitt oder -längsschnitt. Die Visceralchirurgen des Hauses können bei Darm- u.O. Gefäßveränderungen hinzugezogen werden.</i></p> |
| 4 | <p>VG07 - Inkontinenzchirurgie</p> <p><i>Ein Schwerpunkt liegt in den verschiedenen Op.-Verfahren von laparoskopisch, vaginal, ggf. auch von abdominal. Sofern möglich werden die minimal-invasiven Methoden des TVT (tension free vaginal tape) und die Bulkamid-Injektionen durchgeführt. Ermächtigung zur Botoxtherapie der Blase.</i></p> |
| | VG15 - Spezialsprechstunde |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | <i>Spezialsprechstunden existieren für Risikoschwangere für die Geburtsplanung, für Zweitmeinungen oder Kontrollen auf Überweisung. Mamasonographie und Mamastanzbiopsie auf Überweisung. Die urogynäkologische- und Endometriosesprechstunde kann auf Überweisung in Anspruch genommen werden.</i> |
| 6 | VG19 - Ambulante Entbindung |
| 7 | <p>VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>Zur Diagnostik stehen neben dem Ultraschall mit Farbdoppler-Einrichtung die Mammographie sowie die Kernspin-Untersuchung der Brustdrüse in der angeschlossenen Kooperationspraxis zur Verfügung. Zur minimal-invasiven Abklärung erfolgt eine Jet-Nadel-Biopsie.</i></p> |
| 8 | <p>VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane</p> <p><i>Zur Diagnostik steht neben der vaginalen Ultraschalluntersuchung ein umfangreiches Laborprogramm zur Verfügung, ggf. wird eine diagnostische oder operative Unterbauch- spiegelung (minimal-invasives Verfahren) vorgenommen.</i></p> |
| 9 | <p>VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>Siehe VG01. Dabei beschränken sich die Eingriffe auf das lokale Geschehen, sodass immer kosmetisch günstig operiert werden kann.</i></p> |
| 10 | <p>VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes</p> <p><i>Siehe VG10. Geburtsvorbereitungskurse erfolgen in Kooperation mit der Elternschule des Hauses. Eine Hebammen- , eine Stillberatungssprechstunde und zahlreiche Eltern-Kind-Kurse runden das Angebot ab. Es wird ein individueller, moderner, familienorientierter Umgang mit den Wöchnerinnen gepflegt.</i></p> |
| 11 | <p>VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes</p> <p><i>Wie VG13. Die Diagnostik beruht im Wesentlichen auf der Sonographie, dem Abdomen-CT oder der Kernspin-Untersuchung des kleinen Beckens. Die Therapie wird entweder in der minimal-invasiven Form (s. VG05) oder über eine Laparotomie (s. VG06) erfolgen.</i></p> |
| 12 | <p>VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse</p> <p><i>Siehe VG02</i></p> |
| 13 | <p>VG05 - Endoskopische Operationen</p> <p><i>Diese sind im Wesentlichen die operative Pelviskopie (Unterbauchspiegelung) auch mit Entfernung der Gebärmutter und die Hysteroskopie (Spiegelung der Gebärmutter), die als minimal-invasive Verfahren sowohl diagnostisch als auch therapeutisch eingesetzt werden.</i></p> |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften |
| 14 | <i>Für die Betreuung von Risikoschwangerschaften sowie zur Geburtsplanung ist eine eigene Sprechstunde eingerichtet. Für die pränatale Diagnostik steht ein High-end-Ultraschallgerät mit Farbdoppler-Sonographie und 3-D/4-D-Darstellung zur Verfügung.</i> |
| | VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren |
| 15 | <i>Ausführliche Voruntersuchungen durch Ultraschall und ggf. radiologische Untersuchungen sind eine wesentliche Grundlage für die Diagnostik und die daraus resultierende Therapie inklusive der individuell abgestimmten Operationen.</i> |
| | VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie |
| 16 | <i>Im Rahmen des senologischen Schwerpunktes werden kosmetische Brustvergrößerungen oder -verkleinerungen, Rekonstruktion nach Brustkrebs oder Korrekturen bei Fehlbildungen durchgeführt.</i> |
| | VG00 - („Sonstiges“): Kolposkopiesprechstunde |
| 17 | <i>Bei Auffälligkeiten am Muttermund oder den Schamlippen wird eine Lupenuntersuchung und ggf. eine Gewebeprobe vorgenommen</i> |
| | VG00 - („Sonstiges“): Endometriose |
| 18 | <i>Eigenständige Sprechstunde zur Diagnostik. Die Therapie erfolgt per Laparoskopie auch in fortgeschrittenen Stadien. Es besteht eine Anbindung zu einer Selbsthilfegruppe und Rehakliniken.</i> |
| | VG00 - („Sonstiges“): Myome- und Fertilitätschirurgie |
| 19 | <i>Eigenständige Sprechstunde. Umfängliche Minimalinvasive Operationsmöglichkeiten sowie konservative Behandlungsmöglichkeiten in Kooperation.</i> |
| | VG00 - („Sonstiges“): Onkologische Sprechstunde |
| 20 | <i>Beratung, Diagnostik und Therapiefestlegung bei V.a. bösartige Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke und Scheide</i> |

B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1659 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | Z38.0 | Einling, Geburt im Krankenhaus | 477 |
| 2 | O70.0 | Dammriss 1. Grades unter der Geburt | 113 |
| 3 | O70.1 | Dammriss 2. Grades unter der Geburt | 72 |
| 4 | D25.1 | Intramurales Leiomyom des Uterus | 51 |
| 5 | O80 | Spontangeburt eines Einlings | 46 |
| 6 | O34.2 | Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff | 44 |
| 7 | D27 | Gutartige Neubildung des Ovars | 40 |
| 8 | N83.2 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten | 40 |
| 9 | O82 | Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] | 26 |
| 10 | N81.1 | Zystozele | 23 |
| 11 | N80.0 | Endometriose des Uterus | 21 |
| 12 | N80.3 | Endometriose des Beckenperitoneums | 19 |
| 13 | N81.2 | Partialprolaps des Uterus und der Vagina | 18 |
| 14 | C50.4 | Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse | 16 |
| 15 | N39.3 | Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] | 16 |
| 16 | N80.1 | Endometriose des Ovars | 16 |
| 17 | R10.3 | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches | 15 |
| 18 | N84.0 | Polyp des Corpus uteri | 15 |
| 19 | O65.4 | Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet | 14 |
| 20 | N70.0 | Akute Salpingitis und Oophoritis | 14 |
| 21 | O68.0 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz | 14 |
| 22 | C54.1 | Bösartige Neubildung: Endometrium | 13 |

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|------------------------------------------------------------|----------|
| 23 | O32.1 | Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage | 13 |
| 24 | C56 | Bösartige Neubildung des Ovars | 13 |
| 25 | O75.7 | Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung | 12 |
| 26 | D25.0 | Submuköses Leiomyom des Uterus | 12 |
| 27 | D25.2 | Subseröses Leiomyom des Uterus | 11 |
| 28 | O21.1 | Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung | 11 |
| 29 | N95.0 | Postmenopausenblutung | 11 |
| 30 | O00.1 | Tubargravidität | 10 |

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | Z38 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort | 479 |
| 2 | O70 | Dammriss unter der Geburt | 185 |
| 3 | D25 | Leiomyom des Uterus | 77 |
| 4 | N80 | Endometriose | 59 |
| 5 | N81 | Genitalprolaps bei der Frau | 57 |
| 6 | N83 | Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri | 54 |
| 7 | O80 | Spontangeburt eines Einlings | 46 |
| 8 | O34 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane | 44 |
| 9 | D27 | Gutartige Neubildung des Ovars | 40 |
| 10 | C50 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] | 37 |
| 11 | O82 | Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] | 26 |
| 12 | O68 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand] | 24 |
| 13 | O72 | Postpartale Blutung | 18 |

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 14 | N92 | Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation | 18 |
| 15 | N84 | Polyp des weiblichen Genitaltraktes | 18 |
| 16 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 18 |
| 17 | O32 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus | 17 |
| 18 | O65 | Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens | 17 |
| 19 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 17 |
| 20 | N70 | Salpingitis und Oophoritis | 16 |
| 21 | N85 | Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix | 15 |

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|---|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 9-262.0 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung | 475 |
| 2 | 9-260 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt | 282 |
| 3 | 5-758.3 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva | 109 |
| 4 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | 92 |
| 5 | 5-661.62 | Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch) | 83 |
| 6 | 5-758.4 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva | 79 |
| 7 | 5-749.11 | Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär | 73 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 8 | 5-469.21 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch | 71 |
| 9 | 9-261 | Überwachung und Leitung einer Risikogeburt | 56 |
| 10 | 5-749.10 | Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär | 56 |
| 11 | 5-749.0 | Andere Sectio caesarea: Resectio | 54 |
| 12 | 1-471.2 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage | 53 |
| 13 | 5-653.32 | Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch) | 47 |
| 14 | 5-681.4 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation | 46 |
| 15 | 5-651.92 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch) | 46 |
| 16 | 5-682.02 | Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch) | 44 |
| 17 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | 43 |
| 18 | 5-704.00 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material | 38 |
| 19 | 5-667.1 | Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation | 36 |
| 20 | 5-549.5 | Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage | 35 |
| 21 | 5-704.10 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material | 34 |
| 22 | 1-472.0 | Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio | 27 |
| 23 | 5-683.03 | Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch) | 27 |

Exzision einzelner Lymphknoten und

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 24 | 5-401.11 | Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie) | 24 |
| 25 | 5-670 | Dilatation des Zervikalkanals | 23 |
| 26 | 5-702.2 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes | 23 |
| 27 | 5-657.62 | Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch) | 23 |
| 28 | 5-690.0 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation | 22 |
| 29 | 5-738.0 | Episiotomie und Naht: Episiotomie | 22 |
| 30 | 5-651.82 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch) | 21 |

B-[2400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 9-262 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen | 482 |
| 2 | 9-260 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt | 282 |
| 3 | 5-758 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss] | 216 |
| 4 | 5-749 | Andere Sectio caesarea | 183 |
| 5 | 5-704 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik | 136 |
| 6 | 5-681 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus | 110 |
| 7 | 5-661 | Salpingektomie | 107 |
| 8 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | 92 |
| 9 | 5-651 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe | 84 |

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|------------------------------------------------------------------------|----------|
| 10 | 5-469 | Andere Operationen am Darm | 83 |
| 11 | 5-683 | Uterusexstirpation [Hysterektomie] | 63 |
| 12 | 1-471 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium | 63 |
| 13 | 5-932 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung | 62 |
| 14 | 5-653 | Salpingoovariektomie | 60 |
| 15 | 5-682 | Subtotale Uterusexstirpation | 56 |
| 16 | 9-261 | Überwachung und Leitung einer Risikogeburt | 56 |
| 17 | 5-657 | Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung | 46 |
| 18 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | 43 |
| 19 | 5-690 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] | 42 |
| 20 | 5-667 | Insufflation der Tubae uterinae | 36 |

B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |
| 2 | AM07 - Privatambulanz | <i>wie AM 11</i> |
| 3 | AM08 - Notfallambulanz (24h) | <i>wie AM 11</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) | |

B-[2400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

| # | Ambulanz | Leistung |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| # | Ambulanz | Leistung |
| 1 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | VG16 - Urogynäkologie |
| 2 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 3 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 4 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse |
| 5 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG05 - Endoskopische Operationen |
| 6 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG06 - Gynäkologische Chirurgie |
| 7 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG07 - Inkontinenzchirurgie |
| 8 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften |
| 9 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes |
| 10 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG12 - Geburtshilfliche Operationen |
| 11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane |
| 12 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes |
| 13 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG15 - Spezialsprechstunde |

| # | Ambulanz | Leistung |
|----|------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 14 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG16 - Urogynäkologie |
| 15 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | VG19 - Ambulante Entbindung |

B-[2400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | 102 |
| 2 | 1-471.2 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage | 83 |
| 3 | 5-690.1 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation | 58 |
| 4 | 1-472.0 | Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio | 41 |
| 5 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | 30 |
| 6 | 5-690.2 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung | 23 |
| 7 | 5-690.0 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation | 22 |
| 8 | 1-502.4 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf | 20 |
| 9 | 5-681.83 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch | 15 |
| 10 | 5-671.01 | Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision | 12 |
| 11 | 5-691 | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers | 7 |
| 12 | 1-661 | Diagnostische Urethrozystoskopie | 5 |
| 13 | 5-711.1 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation | 4 |

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 14 | 5-681.50 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion | 4 |
| 15 | 5-702.2 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes | < 4 |
| 16 | 5-661.62 | Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch) | < 4 |
| 17 | 5-681.01 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision von Endometriumsynechien: Hysteroskopisch | < 4 |
| 18 | 5-651.92 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch) | < 4 |
| 19 | 5-870.90 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation | < 4 |
| 20 | 5-657.62 | Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch) | < 4 |
| 21 | 5-469.21 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch | < 4 |
| 22 | 5-758.3 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva | < 4 |
| 23 | 8-137.00 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral | < 4 |
| 24 | 5-490.0 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision | < 4 |
| 25 | 5-653.32 | Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch) | < 4 |
| 26 | 5-663.02 | Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: | < 4 |

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | | Endoskopisch (laparoskopisch) | |
| 27 | 5-492.00 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal | < 4 |

B-[2400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-----------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-690 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] | 103 |
| 2 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | 102 |
| 3 | 1-471 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium | 83 |
| 4 | 1-472 | Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri | 41 |
| 5 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | 30 |
| 6 | 5-681 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus | 22 |
| 7 | 1-502 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision | 20 |
| 8 | 5-671 | Konisation der Cervix uteri | 12 |
| 9 | 5-691 | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers | 7 |
| 10 | 1-661 | Diagnostische Urethrozystoskopie | 5 |

B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | |
|-------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 11,7 |
|-------------------------|------|

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 11,7 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 3,51 |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,19 |
| Fälle je Vollkraft | 138,25 |
| Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 42 |

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 7,1 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,1 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 2,13 |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,97 |
| Fälle je Vollkraft | 237 |

B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|---------------------------------------------------------------|
| 1 | AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe <i>5 Fachärzte</i> |

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|--------------------------------------------------------|
| 1 | ZF30 - Palliativmedizin <i>1 Arzt</i> |
| 2 | ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement <i>1 Arzt</i> |

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

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

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 9,94 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,94 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 9,94 |
| Fälle je Vollkraft | 165,9 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 3,02 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,02 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,02 |
| Fälle je Vollkraft | 553 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,12 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,12 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,12 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

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

| | |
|------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,46 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,46 |

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,46 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 5,42 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,42 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 5,42 |
| Fälle je Vollkraft | 331,8 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 1,84 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,84 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,84 |
| Fälle je Vollkraft | 829,5 |

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 1,46 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,46 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,46 |
| Fälle je Vollkraft | 1659 |

B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ08 - Pflege im Operationsdienst |
| 3 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 5 | PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege |
| 6 | PQ12 - Notfallpflege |

B-[2400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

| # | Zusatzqualifikation |
|---|------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZP28 - Still- und Laktationsberatung |
| 2 | ZP16 - Wundmanagement |
| 3 | ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i> |
| 4 | ZP03 - Diabetes |
| 5 | ZP23 - Breast Care Nurse |
| 6 | ZP05 - Entlassungsmanagement |

B-[2400].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3700] Anästhesie/ Intensiv- und Notfallmedizin

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

| | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| Abteilungsart | Nicht-Bettenführend |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Anästhesie/ Intensiv- und Notfallmedizin |

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|--------------------------|
| 1 | 3700 - Sonstige Fachabt. |

B-[3700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Sebastian Rossbach |
| Telefon | 02104 773 161 |
| Fax | 02104 773 169 |
| E-Mail | s.rossbach@evk-mettmann.de |
| Strasse | Gartenstraße |
| Hausnummer | 4 - 8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | https://www.evk-mettmann.de/de/fachbereiche-einrichtungen/unsere-fachabteilungen/anaesthesie/im-ueberblick.html |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Oliver Hofer |
| Telefon | 02104 773 161 |
| Fax | 02104 773 169 |
| E-Mail | o.hofer@evk-mettmann.de |

| | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Strasse | Gartenstraße |
| Hausnummer | 4 - 8 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |
| URL | https://www.evk-mettmann.de/de/fachbereiche-einrichtungen/unsere-fachabteilungen/anaesthesie/im-ueberblick.html |

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 | <p>VX00 - („Sonstiges“): Intensivmedizin</p> <p><i>Die interdisziplinäre Intensivstation mit 12 Betten steht unter der organisatorischen und medizinischen Leitung der Anästhesie und verfügt über alle erforderlichen Methoden der Intensivüberwachung- und Behandlung. (z.B. Herzkatheter, Beatmung, Dialyse, Laborscreening, Antibiotikascreening)</i></p> |
| 2 | <p>VX00 - („Sonstiges“): Notfallmedizin</p> <p><i>Die Leitung der Zentralen Notaufnahme liegt bei der Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin. Zwei Notarzteeinsatzfahrzeuge des Kreises Mettmann werden durch die Anästhesie besetzt und die Standortleitung liegt ebenfalls bei der Anästhesie.</i></p> |
| 3 | <p>VX00 - („Sonstiges“): Schmerztherapie</p> <p><i>Patienten, die größeren Operationen zugeführt werden erhalten präoperativ einen Schmerzkatheter, der postoperativ von einem "Schmerzdienst" versorgt wird. Spezielle Schmerzpatienten werden im gesamten Haus durch einen Konsiliardienst der Anästhesie mitbehandelt.</i></p> |

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

| | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[3700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3700].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 1322 |
| 2 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | 393 |
| 3 | 8-980.0 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte | 341 |
| 4 | 8-706 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung | 242 |
| 5 | 8-910 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie | 215 |
| 6 | 8-701 | Einfache endotracheale Intubation | 174 |
| 7 | 8-779 | Andere Reanimationsmaßnahmen | 140 |
| 8 | 8-771 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation | 110 |
| 9 | 8-980.10 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte | 103 |
| 10 | 8-831.5 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen | 86 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | | Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation | |
| 11 | 8-831.2 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel | 77 |
| 12 | 8-931.1 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung | 58 |
| 13 | 8-980.11 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte | 33 |
| 14 | 8-980.20 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte | 30 |
| 15 | 8-831.y | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: N.n.bez. | 20 |
| 16 | 8-932 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes | 17 |
| 17 | 8-980.21 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte | 15 |
| 18 | 8-980.30 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte | 9 |
| 19 | 8-915 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie | < 4 |
| 20 | 8-980.40 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte | < 4 |
| 21 | 8-980.31 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte | < 4 |
| 22 | 8-931.0 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung | < 4 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 23 | 8-980.41 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 Aufwandspunkte | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 1322 |
| 2 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 576 |
| 3 | 8-980 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 537 |
| 4 | 8-706 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung | 242 |
| 5 | 8-910 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie | 215 |
| 6 | 8-701 | Einfache endotracheale Intubation | 174 |
| 7 | 8-779 | Andere Reanimationsmaßnahmen | 140 |
| 8 | 8-771 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation | 110 |
| 9 | 8-931 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes | 59 |
| 10 | 8-932 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes | 17 |
| 11 | 8-915 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie | < 4 |

B-[3700].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[3700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 14,76 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 14,76 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,48 |
| Personal in der stationären Versorgung | 13,28 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |
| Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 42 |

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 9,82 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,82 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |

| | |
|----------------------------------------|------|
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,98 |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,84 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|-------------------------------------------------------------------|
| 1 | AQ01 - Anästhesiologie <i>12 Fachärzte, 5 in Weiterbildung</i> |

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|--------------------------------------------------------|
| 1 | ZF15 - Intensivmedizin <i>8 Fachärzte</i> |
| 2 | ZF28 - Notfallmedizin <i>7 Fachärzte</i> |
| 3 | ZF42 - Spezielle Schmerztherapie <i>2 Fachärzte</i> |
| 4 | ZF30 - Palliativmedizin <i>2 Fachärzte</i> |

B-[3700].11.2 Pflegepersonal

B-[3700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege |
| 2 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 3 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 5 | PQ12 - Notfallpflege |
| 6 | PQ01 - Bachelor |
| 7 | PQ08 - Pflege im Operationsdienst |
| 8 | PQ06 - Master |

B-[3700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

| # | Zusatzqualifikation |
|---|------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZP03 - Diabetes |
| 2 | ZP16 - Wundmanagement |
| 3 | ZP29 - Stroke Unit Care |
| 4 | ZP20 - Palliative Care |
| 5 | ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i> |
| 6 | ZP05 - Entlassungsmanagement |
| 7 | ZP08 - Kinästhetik |

B-[3700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | HNO Zentrum Mettmann |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Volker Brekamp |
| Telefon | 02104 25400 |
| Fax | 02104 2888948 |
| E-Mail | praxis@hzme.de |
| Strasse | Gartenstr. |
| Hausnummer | 2 |
| PLZ | 40822 |
| Ort | Mettmann |

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | HNO Zentrum Erkrath |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Stefanie Ellermann |
| Telefon | 0211 242030 |
| E-Mail | Praxis@hno-erkrath.com |
| Strasse | Morper Allee |
| Hausnummer | 2-4 |

| | |
|-----|---------|
| PLZ | 40699 |
| Ort | Erkrath |

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 | VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres |
| 2 | <i>(BERA: brain evote response audiometrie, OAE: otoakustische emissionen, VNG: video nystagmographie) Spezielle Untersuchungsverfahren zur Abklärung von spezifischen Ohrerkrankungen und Symptomen (z. B. Schwindel). Therapieregime konservativ als auch operativ</i> |
| 3 | VH04 - Mittelohrchirurgie VH25 - Schnarchoperationen |
| 4 | <i>Polygraphie (Schlafmedizin, Schlafstörungen durch Schnarchen), Allergieuntersuchung, Umweltmedizin.</i> |
| 5 | VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes |
| 6 | VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres |
| 7 | VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen |
| 8 | <i>operativ als auch konservativ</i> |
| 9 | VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich <i>Mikroskopische Untersuchung und Operationen der Stimmbänder</i> |
| 10 | VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie |

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes |
| 12 | VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres |

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

| | |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 35 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | J35.0 | Chronische Tonsillitis | 16 |
| 2 | J34.2 | Nasenseptumdeviation | 6 |
| 3 | J35.2 | Hyperplasie der Rachenmandel | < 4 |
| 4 | T81.0 | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert | < 4 |
| 5 | J38.1 | Polyp der Stimmlippen und des Kehlkopfes | < 4 |
| 6 | J34.3 | Hypertrophie der Nasenmuschel | < 4 |
| 7 | J35.1 | Hyperplasie der Gaumenmandeln | < 4 |
| 8 | K11.2 | Sialadenitis | < 4 |
| 9 | R04.2 | Hämoptye | < 4 |
| 10 | J36 | Peritonsillarabszess | < 4 |

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|---------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | J35 | Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel | 20 |
| 2 | J34 | Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen | 8 |

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 3 | J38 | Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert | < 4 |
| 4 | T81 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert | < 4 |
| 5 | J36 | Peritonsillarabszess | < 4 |

B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-281.0 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik | 8 |
| 2 | 5-281.2 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Radikal, transoral | 6 |
| 3 | 5-285.0 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff | 6 |
| 4 | 5-214.0 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion | < 4 |
| 5 | 5-200.4 | Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage | < 4 |
| 6 | 5-215.x | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Sonstige | < 4 |
| 7 | 5-282.0 | Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik | < 4 |
| 8 | 5-281.5 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral | < 4 |
| 9 | 5-214.6 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion | < 4 |
| 10 | 5-215.00 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Diathermie | < 4 |
| 11 | 5-300.2 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch | < 4 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 12 | 5-200.5 | Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage | < 4 |
| 13 | 5-215.0x | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Sonstige | < 4 |
| 14 | 5-215.1 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden | < 4 |
| 15 | 5-212.2 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase, endonasal | < 4 |
| 16 | 1-611.01 | Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt: Mit flexiblem Endoskop (unter Sedierung) im Schlaf [Schlafendoskopie] | < 4 |
| 17 | 5-289.1 | Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Operative Blutstillung nach Tonsillektomie | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-281 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie) | 17 |
| 2 | 5-215 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis] | 8 |
| 3 | 5-214 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums | 6 |
| 4 | 5-285 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie) | 6 |
| 5 | 5-200 | Parazentese [Myringotomie] | 5 |
| 6 | 5-282 | Tonsillektomie mit Adenotomie | < 4 |
| 7 | 5-300 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx | < 4 |
| 8 | 5-212 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase | < 4 |
| 9 | 5-289 | Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln | < 4 |
| 10 | 1-611 | Diagnostische Pharyngoskopie | < 4 |

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[2600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-285.0 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff | 27 |
| 2 | 5-200.5 | Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage | 22 |
| 3 | 5-200.4 | Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage | 13 |
| 4 | 5-215.3 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion | 13 |
| 5 | 5-184.2 | Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen | 9 |
| 6 | 1-502.0 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Hals | 8 |
| 7 | 5-216.0 | Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen | 7 |
| 8 | 5-216.1 | Reposition einer Nasenfraktur: Offen, endonasal | 5 |
| 9 | 5-300.0 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, endolaryngeal | 4 |
| 10 | 5-401.00 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung | < 4 |
| 11 | 5-300.2 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch | < 4 |

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 12 | 5-259.2 | Andere Operationen an der Zunge: Plastik des Frenulum linguae | < 4 |
| 13 | 1-502.4 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf | < 4 |
| 14 | 5-184.1 | Plastische Korrektur absteher Ohren: Durch Exzision von Weichteilen | < 4 |
| 15 | 5-250.1 | Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Inzision am Zungenkörper | < 4 |
| 16 | 5-903.44 | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf | < 4 |
| 17 | 5-285.1 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie | < 4 |
| 18 | 5-194.0 | Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural | < 4 |
| 19 | 5-273.3 | Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Mundboden | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|-----------------------------------------------------------|----------|
| 1 | 5-200 | Parazentese [Myringotomie] | 35 |
| 2 | 5-285 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie) | 28 |
| 3 | 5-215 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis] | 13 |
| 4 | 5-216 | Reposition einer Nasenfraktur | 12 |
| 5 | 5-184 | Plastische Korrektur absteher Ohren | 10 |
| 6 | 1-502 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision | 9 |
| 7 | 5-300 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx | 6 |

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

Belegärztinnen und Belegärzte

| | |
|--------------------|-------|
| Anzahl | 3 |
| Fälle je Vollkraft | 11,67 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|----------------------------------|
| 1 | AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|-------------------------------|
| 1 | ZF39 - Schlafmedizin |
| 2 | ZF33 - Plastische Operationen |
| 3 | ZF03 - Allergologie |

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,42 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,42 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |

| | |
|----------------------------------------|------|
| Personal in der stationären Versorgung | 0,42 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,06 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,06 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,06 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

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

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl (in Vollkräften) | 0,01 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,01 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,01 |
| Fälle je Vollkraft | 0 |

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

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

B-[2600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ08 - Pflege im Operationsdienst |
| 3 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 5 | PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege |
| 6 | PQ12 - Notfallpflege |

B-[2600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

| # | Zusatzqualifikation |
|---|------------------------------------------------------------------|
| 1 | ZP16 - Wundmanagement |
| 2 | ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i> |
| 3 | ZP05 - Entlassungsmanagement |
| 4 | ZP03 - Diabetes |

B-[2600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 09/1 - Herzschrittmacher-Implantation | |
| Fallzahl | 47 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 47 |
| 09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | |
| Fallzahl | 11 |
| Dokumentationsrate | 109,09 |
| Anzahl Datensätze Standort | 12 |
| 09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | |
| Fallzahl | 9 |
| Dokumentationsrate | 111,11 |
| Anzahl Datensätze Standort | 10 |
| 09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | |
| Fallzahl | 16 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 16 |
| 09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | |
| Fallzahl | Datenschutz |
| Dokumentationsrate | Datenschutz |
| Anzahl Datensätze Standort | Datenschutz |
| 09/6 - Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | |
| Fallzahl | Datenschutz |
| Dokumentationsrate | Datenschutz |
| Anzahl Datensätze Standort | Datenschutz |
| 10/2 - Karotis-Revaskularisation | |
| Fallzahl | 5 |

| | |
|----------------------------|-----|
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 5 |

15/1 - Gynäkologische Operationen

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 305 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 305 |

16/1 - Geburtshilfe

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 482 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 482 |

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 72 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 72 |

18/1 - Mammachirurgie

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 42 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 42 |

DEK - Dekubitusprophylaxe

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 148 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 148 |

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 163 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 163 |

HEP_IMP - Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation

| | |
|----------------------------|--------|
| Fallzahl | 154 |
| Dokumentationsrate | 100,65 |
| Anzahl Datensätze Standort | 155 |

HEP_WE - Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 13 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 13 |

KEP - Knieendoprothesenversorgung

| | |
|----------|----|
| Fallzahl | 53 |
|----------|----|

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 53 |
| KEP_IMP - Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation | |
| Fallzahl | 51 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 51 |
| KEP_WE - Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel | |
| Fallzahl | Datenschutz |
| Dokumentationsrate | Datenschutz |
| Anzahl Datensätze Standort | Datenschutz |
| PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) | |
| Fallzahl | 771 |
| Dokumentationsrate | 100,13 |
| Anzahl Datensätze Standort | 772 |
| PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie | |
| Fallzahl | 276 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 276 |

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen | |
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,13 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,09 - 99,16 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 98,58 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 267 |
| Beobachtete Ereignisse | 267 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 2006 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber |

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,16 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,13 - 99,20 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 98,58 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 266 |
| Beobachtete Ereignisse | 266 |

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

| | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 2007 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,44 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,24 - 98,62 |

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID

232000_2005

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

1

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit

%

Bundesergebnis

98,90

Vertrauensbereich bundesweit

98,85 - 98,95

Rechnerisches Ergebnis

100,00

Vertrauensbereich Krankenhaus

97,00 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit

124

Beobachtete Ereignisse

124

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID

232001_2006

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,95 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,89 - 99,00 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 97,00 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 124 |
| Beobachtete Ereignisse | 124 |

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 232002_2007 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer |

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,81 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,41 - 98,15 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

7. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| | Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 90,98 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 90,82 - 91,14 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,55 - 98,97 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-----|
| Grundgesamtheit | 100 |
| Beobachtete Ereignisse | 97 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

8. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

| | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 232003_2009 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 66,88 |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 66,70 - 67,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 63,64 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 56,92 - 69,86 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 209 |
| Beobachtete Ereignisse | 133 |

9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

| | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 2013 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,44 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,29 - 92,59 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,79 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 93,72 - 99,25 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 136 |
| Beobachtete Ereignisse | 133 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |

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

10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 232004_2013 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,77 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,56 - 92,97 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 95,52 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 82 |
| Beobachtete Ereignisse | 82 |

11. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

| | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 2028 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,55 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,47 - 96,63 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 97,66 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 160 |
| Beobachtete Ereignisse | 160 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| <p>12. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</p> | |
| Ergebnis-ID | 232005_2028 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,74 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 95,61 - 95,86 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 95,00 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 73 |
| Beobachtete Ereignisse | 73 |
| 13. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren | |
| Ergebnis-ID | 2036 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden</p> |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,78 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,74 - 98,83 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,75 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 95,56 - 99,66 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 160 |
| Beobachtete Ereignisse | 158 |

14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 232006_2036 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden</p> <p>Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,58 - 98,73 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 95,00 - 100,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 73 |
| Beobachtete Ereignisse | 73 |

15. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID **50778**

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von

| | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,00 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,48 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,16 - 1,35 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,01 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 232007_50778 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren</p> |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,67 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,38 - 1,16 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 210 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | 16,50 |

17. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

| | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 2 |

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,00 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,78 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,40 - 1,47 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------|
| Grundgesamtheit | 110 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | 10,23 |

18. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 17,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 17,46 - 17,85 |
| Rechnerisches Ergebnis | 13,71 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 8,74 - 20,86 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-----|
| Grundgesamtheit | 124 |
| Beobachtete Ereignisse | 17 |

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

| | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 232008_231900 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 18,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 18,04 - 18,31 |
| Rechnerisches Ergebnis | 21,35 |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 16,86 - 26,65 |
|-------------------------------|---------------|

Fallzahl

| | |
|------------------------|-----|
| Grundgesamtheit | 267 |
| Beobachtete Ereignisse | 57 |

20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 50722 |
|--------------------|--------------|

| | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
|------------------|------------------------------------------------------------------------|

| | |
|----------------|----|
| Art des Wertes | QI |
|----------------|----|

| | |
|---------------------|------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
|---------------------|------|

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|---------|---|
| Einheit | % |
|---------|---|

| | |
|----------------|-------|
| Bundesergebnis | 96,72 |
|----------------|-------|

| | |
|------------------------------|---------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,66 - 96,78 |
|------------------------------|---------------|

| | |
|------------------------|--------|
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
|------------------------|--------|

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 98,58 - 100,00 |
|-------------------------------|----------------|

Fallzahl

| | |
|------------------------|-----|
| Grundgesamtheit | 266 |
| Beobachtete Ereignisse | 266 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------|------------|
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
|-----------------|------------|

| | |
|-----------------------------------------|----------------------------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
|-----------------------------------------|----------------------------------|

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
|---------------------------------------|-----|

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 232009_50722 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,57 - 96,75 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 97,00 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 124 |
| Beobachtete Ereignisse | 124 |

22. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.

| | |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 56000 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 61,88 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 61,68 - 62,08 |
| Rechnerisches Ergebnis | 38,04 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 32,24 - 44,11 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 255 |
| Beobachtete Ereignisse | 97 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 36,30 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 23. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten | |
| Ergebnis-ID | 56001 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 29,94 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 29,74 - 30,15 |
| Rechnerisches Ergebnis | 39,65 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 33,45 - 46,11 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 227 |
| Beobachtete Ereignisse | 90 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 44,87 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 24. 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 74,55 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 74,09 - 75,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 90,20 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 79,84 - 96,16 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 46 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 63,22 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| <p>25. 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</p> | |
| 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,21 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,03 - 3,40 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 4,78 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 8,78 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| <p>26. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p> | |
| Ergebnis-ID | 56005 |
| | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten |

| | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsbereich | Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Bundesergebnis | 0,90 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,89 - 0,91 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,23 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,98 - 1,54 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 438 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Beobachtete Ereignisse | 75 |
| Erwartete Ereignisse | 60,83 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,60 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

27. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 56006 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Bundesergebnis | 0,93 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,90 - 0,95 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,62 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,91 - 2,69 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 31 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | 8,03 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,14 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

28. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 56007 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Bundesergebnis | 0,92 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,91 - 0,93 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,08 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,87 - 1,34 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 388 |
| Beobachtete Ereignisse | 81 |
| Erwartete Ereignisse | 74,72 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,54 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 29. Die 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,24 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,23 - 0,25 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 0,29 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 857 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 0,25 % (90. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 30. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde | |
| Ergebnis-ID | 56009 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,76 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 4,70 - 4,82 |
| Rechnerisches Ergebnis | 4,57 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 2,90 - 6,83 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 438 |
| Beobachtete Ereignisse | 20 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 7,60 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 31. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde | |
| Ergebnis-ID | 56010 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 18,19 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 17,71 - 18,68 |
| Rechnerisches Ergebnis | 12,90 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 4,52 - 27,82 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 31 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 24,94 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 32. Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel | |
| Ergebnis-ID | 56011 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 11,14 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 11,03 - 11,26 |
| Rechnerisches Ergebnis | 3,35 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,89 - 5,50 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 388 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 19,27 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 33. 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,25 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 93,00 - 93,49 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 95,48 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 54 |
| Beobachtete Ereignisse | 54 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 93,26 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 34. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen | |
| Ergebnis-ID | 56016 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,07 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 94,99 - 95,16 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,52 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,83 - 96,51 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 365 |
| Beobachtete Ereignisse | 345 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 93,53 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 35. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht | |
| Ergebnis-ID | 54020 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,89 - 98,05 |
| 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 | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 36. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht | |
| Ergebnis-ID | 54021 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier |

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,52 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,31 - 97,72 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

37. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 54022 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,25 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,75 - 92,72 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 86,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

38. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 54123 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der</p> |

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,07 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,02 - 1,12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 7,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 4,55 % (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. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

| | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 50481 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,20 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,90 - 3,54 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 11,45 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 40. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) | |
| Ergebnis-ID | 54124 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,95 - 1,05 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 4,20 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

41. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 54125 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,19 |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,84 - 4,56 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 14,29 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

42. 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 | 54028 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im</p> |

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Bundesergebnis | 1,22 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,15 - 1,31 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 16,84 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,21 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 5,66 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

43. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

| | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 54127 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,03 - 0,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 6,76 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| 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 |

44. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 9,11 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 8,88 - 9,35 |
| Rechnerisches Ergebnis | 7,14 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 3,09 - 15,66 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 70 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 15,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

45. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

| | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 54050 |
| 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der |

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,54 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,40 - 97,67 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 93,98 - 100,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 60 |
| Beobachtete Ereignisse | 60 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

46. 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Bundesergebnis | 1,09 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,07 - 1,11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,50 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,93 - 2,25 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 14 |
| Erwartete Ereignisse | 9,33 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,36 (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. 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) | |
| 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,85 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,75 - 1,96 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,88 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| <p>48. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, 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)</p> | |
| 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 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 1,08 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,06 - 1,11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,50 - 2,17 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 70 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | 5,64 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,46 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

49. 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 | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,02 - 1,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,07 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,37 - 2,96 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| 50. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht | |
| Ergebnis-ID | 54001 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,65 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,57 - 97,72 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,47 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,23 - 99,30 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 79 |
| Beobachtete Ereignisse | 77 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

51. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 54002 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,65 - 92,45 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 75,75 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 86,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

52. 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 8,82 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 8,60 - 9,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 7,25 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 3,13 - 15,87 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 69 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 15,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 53. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden | |
| Ergebnis-ID | 54004 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,09 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,01 - 97,17 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,43 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 94,44 - 99,57 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 127 |
| Beobachtete Ereignisse | 125 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| <p>54. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (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)</p> | |
| Ergebnis-ID | 54015 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |

| | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,48 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,79 - 2,60 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 70 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 6,09 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,25 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 55. 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) | |
| Ergebnis-ID | 54016 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,44 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,39 - 1,50 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 6,67 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 56. 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) | |
| Ergebnis-ID | 54017 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 7,48 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 7,08 - 7,90 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 19,43 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

57. 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)

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 54018 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,69 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 4,53 - 4,86 |
| Rechnerisches Ergebnis | 8,57 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 3,99 - 17,47 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 70 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 11,11 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

58. 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) | |
| Ergebnis-ID | 54019 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,31 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,24 - 2,38 |
| Rechnerisches Ergebnis | 6,33 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 2,73 - 13,97 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 79 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 7,59 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 59. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) | |
| Ergebnis-ID | 54120 |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,95 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,34 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,38 - 3,59 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 1,98 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

60. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehlage, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt 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 | 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,00 - 1,12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 4,08 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,71 |

61. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt 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 | 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept |
| Bundesergebnis | 0,94 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,88 - 0,99 |
| Rechnerisches Ergebnis | 2,33 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,66 - 6,28 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

62. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an 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 auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,04 - 1,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,93 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,48 - 1,78 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 140 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | 8,57 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,56 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 63. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) | |
| Ergebnis-ID | 54013 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,04 - 0,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 5,20 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 70 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| 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 |
| <p>64. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p> | |
| Ergebnis-ID | 191914 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 1,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,08 |
| Rechnerisches Ergebnis | 2,14 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,00 - 4,37 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 70 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | 2,80 |
| 65. 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,10 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,99 - 98,19 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96,77 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 83,81 - 99,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 31 |
| Beobachtete Ereignisse | 30 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 66. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, 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, QS-Planung |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen |

| | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,44 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,32 - 99,54 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| 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 |
| 67. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, 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, QS-Planung |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der</p> |

| | |
|-------------------------------|----------------|
| | Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,90 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,77 - 99,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 51,01 - 100,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|---|
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |

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 |

68. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal 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 | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,09 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,04 - 0,19 |
| 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 | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 69. 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,17 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,67 - 4,74 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 70. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an) | |
| Ergebnis-ID | 51847 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,11 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,92 - 97,29 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 70,09 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

71. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen |

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,54 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,41 - 2,68 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 12,46 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 27 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 9,52 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

72. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Ergebnis-ID | 60659 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |

| | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies</p> |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| | trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 10,67 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 10,42 - 10,92 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 22,48 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

73. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Ergebnis-ID | 211800 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

| | |
|---------|---|
| Einheit | % |
|---------|---|

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Bundesergebnis | 99,46 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,40 - 99,52 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 87,13 - 100,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 26 |
| Beobachtete Ereignisse | 26 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 97,41 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

74. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

| | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 101803 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al.</p> |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. ? Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. ? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,40 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,26 - 96,54 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,97 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 44 |
| Beobachtete Ereignisse | 44 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 75. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt | |
| Ergebnis-ID | 54140 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. ? Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv150. ? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,54 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,49 - 99,59 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,80 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 43 |
| Beobachtete Ereignisse | 43 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 76. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde) | |
| Ergebnis-ID | 52139 |

| | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel 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; Geaedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 88,41 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 88,20 - 88,62 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,64 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 85,39 - 98,16 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 56 |
| Beobachtete Ereignisse | 53 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 60,00 % |

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

77. 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 | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 0,87 |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,85 - 0,90 |
| Rechnerisches Ergebnis | 3,80 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 2,34 - 5,69 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 44 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | 3,42 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 3,36 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | H99 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

78. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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</p> |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 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 | 95,38 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 95,30 - 95,46 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,70 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 94,24 - 99,10 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 174 |
| Beobachtete Ereignisse | 170 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 79. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,96 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,89 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 8,03 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 44 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,60 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers | |
| Ergebnis-ID | 52311 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,42 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,34 - 1,51 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U62 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

81. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

| | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 101802 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit |

| | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 53,31 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 52,95 - 53,67 |
| Rechnerisches Ergebnis | 25,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 14,57 - 39,44 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 44 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |

82. 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 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Bundesergebnis | 0,96 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,90 - 1,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 3,33 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 44 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,06 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,98 (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. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 52307 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der</p> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,64 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,54 - 98,72 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 93,47 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 55 |
| Beobachtete Ereignisse | 55 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| <p>84. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt</p> | |
| Ergebnis-ID | 111801 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig.</p> |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,17 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,12 - 0,25 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 24,25 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,30 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 85. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,75 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,60 - 0,95 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 27,75 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,10 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

86. 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,91 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,70 - 1,17 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 29,91 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 87. 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 |
| | Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 1,19 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,03 - 1,36 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 21,69 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,13 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,04 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 88. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich | |
| Ergebnis-ID | 50055 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |

| | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 91,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,58 - 92,34 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 79,61 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 15 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 89. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen | |
| Ergebnis-ID | 50005 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. ? Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu150. ? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal</p> |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. ? McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368. ? Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggreffe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,70 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,49 - 97,90 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 79,61 - 100,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 15 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

90. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

| | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 52131 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Ag gregatwechsel 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.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 91,55 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,22 - 91,86 |
| Rechnerisches Ergebnis | 75,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 50,50 - 89,82 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 60,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 91. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe 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 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 0,83 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,79 - 0,87 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,68 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,59 - 3,79 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,53 (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. 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannt-ten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf 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: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,26 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,11 - 96,40 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,30 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 86,18 - 99,52 |
| Fallzahl | |

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 37 |
| Beobachtete Ereignisse | 36 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

93. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 131802 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,86 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,74 - 1,00 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 20,39 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 15 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,50 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

94. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

| | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,77 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,66 - 0,91 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 20,39 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 15 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 3,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

95. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 131803 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 53,76 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 53,05 - 54,48 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

96. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 0,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,81 - 1,16 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 7,36 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 15 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,42 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 6,01 (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. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 52321 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel 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.</p> |
| Einheit | % |

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Bundesergebnis | 98,92 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,83 - 99,00 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 72,25 - 100,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

98. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,26 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,18 - 0,38 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 3,80 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

99. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,41 |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,16 - 1,70 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 2,90 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

100. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,48 - 0,92 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 3,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

101. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter</p> |

| | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,91 - 1,23 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 19,52 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 4,79 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

102. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 603 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,11 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,92 - 99,26 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

103. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 604 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der</p> |

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,68 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,53 - 99,78 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

104. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der |

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 7,65 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 4,52 - 12,64 |
| 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 |

105. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische</p> |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,92 - 1,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 27,85 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,08 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 2,67 (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. 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 |
| | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von |

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,90 - 1,12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 66,15 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,03 |

107. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite 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 |
| | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer</p> |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,34 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,14 - 1,58 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

108. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| | über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,12 - 2,46 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

109. 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,10 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,75 - 3,49 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

110. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 51437 |
|--------------------|--------------|

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,38 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,74 - 97,90 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 111. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) | |
| Ergebnis-ID | 51443 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |

| | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,27 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,83 - 99,55 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

112. 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 | <p>dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,90 - 1,11 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,04 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 113. 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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,88 - 1,13 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

114. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite 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 |

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,51 - 2,62 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

115. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu |

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,93 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,72 - 4,96 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

116. 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,81 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,99 - 5,78 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

117. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,70 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,72 - 4,23 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| <p>118. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen</p> | |
| Ergebnis-ID | 51906 |
| Leistungsbereich | GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| | 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,97 - 1,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,50 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,09 - 2,77 |

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 |

119. 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, QS-Planung |

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,15 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,04 - 1,27 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 7,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 5,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

120. 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, QS-Planung |

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 7,39 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 6,97 - 7,83 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 13,80 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 24 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 20,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 121. 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 | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 11,08 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,83 - 12,46 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| 122. 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 |
| | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die</p> |

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 13,17 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 12,08 - 14,34 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 43,45 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

123. 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,73 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,65 - 0,81 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 4,64 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 79 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

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 |

124. 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen</p> |

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| | vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 18,88 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 18,16 - 19,62 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 43,52 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

125. 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 89,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 88,68 - 89,31 |
| Rechnerisches Ergebnis | 85,94 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 75,38 - 92,42 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 64 |
| Beobachtete Ereignisse | 55 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 75,40 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

126. 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,30 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,19 - 3,42 |

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 6,59 % (90. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

127. 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im

| | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,04 - 1,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,58 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,41 - 0,84 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 9659 |
| Beobachtete Ereignisse | 29 |
| Erwartete Ereignisse | 49,76 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,28 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

128. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,34 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,33 - 0,34 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,24 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,16 - 0,36 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 9659 |
| Beobachtete Ereignisse | 23 |

129. 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 bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,06 - 0,06 |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Rechnerisches Ergebnis | 0,04 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,02 - 0,11 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 9659 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |

130. 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 | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien ?Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt? und ?vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt?. Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,00 - 0,01 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| 131. 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 oder 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 gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| 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 | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U62 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

132. 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 | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,53 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,07 - 96,94 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

133. 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, QS-Planung |

| | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,93 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,88 - 98,97 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 97,63 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 158 |
| Beobachtete Ereignisse | 158 |

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 |

134. 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 | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,20 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,05 - 1,36 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|--------|
| Grundgesamtheit | 473 |
| Beobachtete Ereignisse | 155 |
| Erwartete Ereignisse | 128,85 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 1,24 (90. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

135. 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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

| | |
|------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 18,54 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 18,37 - 18,71 |
| Rechnerisches Ergebnis | 20,54 |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 14,09 - 28,93 |
|-------------------------------|---------------|

Fallzahl

| | |
|------------------------|-----|
| Grundgesamtheit | 112 |
| Beobachtete Ereignisse | 23 |

136. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|---------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182001_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 2 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 45,71 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 45,40 - 46,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 48,61 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 37,43 - 59,93 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 72 |
| Beobachtete Ereignisse | 35 |

137. 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 | 3 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,69 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,61 - 3,78 |
| Rechnerisches Ergebnis | 5,43 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 2,65 - 10,78 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 129 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| <p>138. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt 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</p> | |
| Ergebnis-ID | 182003_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 4 |
| | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die</p> |

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 20,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 20,66 - 21,28 |
| Rechnerisches Ergebnis | 20,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 11,83 - 31,78 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 60 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |

139. 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 | 5 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 70,68 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 70,41 - 70,95 |
| Rechnerisches Ergebnis | 77,14 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 66,05 - 85,41 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 70 |
| Beobachtete Ereignisse | 54 |

140. 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 | 6 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,67 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,30 - 93,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 77,19 - 100,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 13 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |

141. 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 | 7 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 86,54 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 85,92 - 87,13 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

142. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

| | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 182007_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 8 |
| | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) |

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 75,10 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 74,58 - 75,61 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

143. 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 | 9 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,87 - 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

144. 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 | 10 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 43,84 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 43,35 - 44,34 |
| Rechnerisches Ergebnis | 40,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 16,82 - 68,73 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |

145. 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, QS-Planung |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,22 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,14 - 0,33 |
| 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 |

146. 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 | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,22 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,21 - 0,24 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 0,83 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-----|
| Grundgesamtheit | 461 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

147. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 0,96 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,91 - 1,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 3,77 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 461 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,01 |
| 148. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,92 - 1,15 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 78,41 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Erwartete Ereignisse | 0,04 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,94 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 149. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend | |
| Ergebnis-ID | 318 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist</p> |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,17 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,95 - 97,38 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

150. 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, QS-Planung |

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,98 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 1,19 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 470 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 3,19 |
| 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 |
| 151. 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, QS-Planung |
| Sortierung | 1 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept |
| Bundesergebnis | 1,40 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,24 - 1,58 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 27,71 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 470 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,14 |

152. Neugeborene, die 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 | 51813_51803 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | KKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Sortierung | 2 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von |

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 4,15 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 470 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,92 |

153. Neugeborene, die 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 | 51818_51803 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | KKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Sortierung | 3 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,90 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,86 - 0,95 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 3,24 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 469 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,18 |

154. Neugeborene, die 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 | 51823_51803 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | KKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Sortierung | 4 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept |
| Bundesergebnis | 1,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,99 - 1,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 3,97 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 469 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,96 |

155. 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 | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bundesergebnis | 0,81 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,74 - 0,88 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 11,02 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 316 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,34 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,96 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 156. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept |
| Bundesergebnis | 0,81 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,73 - 0,90 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 15,14 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 296 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,25 |

157. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

| | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ergebnis-ID | 181802_181800 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | KKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 2 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von |

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept |
| Bundesergebnis | 0,81 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,71 - 0,93 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 34,36 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 20 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,09 |

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Es werden insgesamt 16 Qualitätsindikatoren bzgl. des Dickdarm- und Mastdarmkrebses gebildet, anhand derer ein Vergleich mit ca. 100 Kliniken in Deutschland durchgeführt wird.

| | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsbereich | Gemeinsam mit der Abteilung für Gastroenterologie nimmt die viszeralchirurgische Abteilung am Benchmarking Darmzentren WDC teil. |
| Ergebnis | Die Ergebnisse erlauben uns Rückschlüsse auf Verbesserungspotentiale. |

Erfassung vielfältiger Qualitätsindikatoren in verschiedenen Leistungsbereichen, anhand derer die Mitglieder miteinander verglichen werden können.

| | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsbereich | Freiwillige Teilnahme am QSR-Benchmark des Krankenhauszweckverband Rheinland e.V. und des Clinotel Verbundes |
| Ergebnis | Die Ergebnisse helfen uns dabei, Rückschlüsse auf Verbesserungspotentiale zu ziehen. |
| Quellenangabe | http://www.aekno.de/page.asp?pageID=5241 |

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

| | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
| Erbrachte Menge | 51 |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas | |
| Erbrachte Menge | 1 |
| Begründung | MM01: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Abs. 4 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

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
| Leistungsberechtigung im Prognosejahr | Ja |
| Prüfung durch Landesverbände | Ja |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr | 51 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres | 49 |
| Ausnahmetatbestand | Nein |
| Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden | Nein |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas | |
| Leistungsberechtigung im Prognosejahr | Nein |
| Prüfung durch Landesverbände | Nein |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr | 1 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres | 0 |
| Ausnahmetatbestand | 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.

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-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

57

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen

20

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben

20

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Akutstation - Tagschicht | 100 % <i>Die Notfallstation muss über 24 h mindestens eine qualifizierte Fachkraft vorhalten um aufgenommene Notfälle versorgen zu können. ; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Akutstation - Nachtschicht | 100 % <i>Die Notfallstation muss über 24 h mindestens eine qualifizierte Fachkraft vorhalten um aufgenommene Notfälle versorgen zu können. ; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar</i> |
| 3 | Intensivmedizin - Intensivpflegestation - Tagschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. ; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 4 | Intensivmedizin - Intensivpflegestation - Nachtschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. Auszubindender wurde zu Unterstützung versendet mit 20jähriger Berufserfahrung auf IPS; Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 5 | Innere Medizin - Station 1 - Tagschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar</i> |
| 6 | Innere Medizin - Station 1 - Nachtschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar</i> |
| 7 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2 - Tagschicht | 100 % <i>Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 8 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2 - Nachtschicht | 100 % |
| 9 | Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 - Tagschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 10 | Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 - Nachtschicht | 100 % |
| | | 100 % |

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Station 3E - Tagschicht | <i>Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 12 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 3E - Nachtschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. ; Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 13 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4 - Tagschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. ; Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 14 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4 - Nachtschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. ; Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 15 | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Station 4E - Tagschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 16 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4E - Nachtschicht | 100 % <i>Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, | 98,8 % <i>Die Notfallstation muss über 24 h mindestens eine qualifizierte Fachkraft</i> |

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|---|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Kardiologie, Unfallchirurgie - Akutstation - Tagschicht | <i>vorhalten um aufgenommene Notfälle versorgen zu können. ; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 2 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Akutstation - Nachtschicht | 100 % <i>Die Notfallstation muss über 24 h mindestens eine qualifizierte Fachkraft vorhalten um aufgenommene Notfälle versorgen zu können. ; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar</i> |
| 3 | Intensivmedizin - Intensivpflegestation - Tagschicht | 98,36 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. ; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 4 | Intensivmedizin - Intensivpflegestation - Nachtschicht | 98,36 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. Auszubindender wurde zu Unterstützung versendet mit 20jähriger Berufserfahrung auf IPS; Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 5 | Innere Medizin - Station 1 - Tagschicht | 99,7 % <i>Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar</i> |
| 6 | Innere Medizin - Station 1 - Nachtschicht | 99,7 % <i>Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar</i> |
| 7 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2 - Tagschicht | 99,1 % <i>Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 8 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2 - Nachtschicht | 100 % |
| 9 | Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 - Tagschicht | 98,5 % <i>Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall</i> |

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | nicht Kompensierbar |
| 10 | Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 - Nachtschicht | 100 % |
| 11 | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Station 3E - Tagschicht | 98,5 % <i>Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 12 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 3E - Nachtschicht | 97,9 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. ; Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 13 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4 - Tagschicht | 97,6 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. ; Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 14 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4 - Nachtschicht | 97,9 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar. ; Hoher Krankenstand bei Pandemie Krankheitsausfall nicht kompensierbar; Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 15 | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Station 4E - Tagschicht | 99,7 % <i>Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |
| 16 | Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4E - Nachtschicht | 98,8 % <i>Kurzfristiger Krankheitsausfall nicht kompensierbar ; Kurzfristiger Ausfall nicht Kompensierbar</i> |