



EVANGELISCHES
KRANKENHAUS
METTMANN

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT 2024

GEMÄSS § 136B ABS. 1 SATZ 1 NR. 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	16
	Einleitung	20
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	22
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	22
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	22
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	23
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	23
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	23
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	28
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	28
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	29
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	29
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	31
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	31
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	31
A-9	Anzahl der Betten	32
A-10	Gesamtfallzahlen	32
A-11	Personal des Krankenhauses	32
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	32
A-11.2	Pflegepersonal	32
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	34
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	34
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	36
A-12.1	Qualitätsmanagement	36

A-12.1.1	Verantwortliche Person	36
A-12.1.2	Lenkungsgremium	37
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	37
A-12.2.1	Verantwortliche Person	37
A-12.2.2	Lenkungsgremium	37
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	37
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	39
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	40
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	40
A-12.3.1	Hygienepersonal	40
A-12.3.1.1	Hygienekommission	41
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	41
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	41
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	42
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	43
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	43
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	44
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	44
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	45
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	46
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	46
A-12.5.2	Verantwortliche Person	47
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	47
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	47
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	49
A-13	Besondere apparative Ausstattung	50

A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	.....	51
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe		51
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung		52
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung		52
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	.....	52
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	.....	54
B-[0100]	Innere Medizin und Gastroenterologie		54
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		54
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel		54
B-[0100].1.2	Ärztliche Leitung		54
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	55
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	55
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		61
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD		61
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		62
B-[0100].6.2	Kompetenzdiagnosen		63
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		64
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		65
B-[0100].7.2	Kompetenzprozeduren		66
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		67
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)		67
B-[0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)		68
B-[0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V		68
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe		70

B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	71
B-[0100].11	Personelle Ausstattung		71
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen		71
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	72
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung		72
B-[0100].11.2	Pflegepersonal		72
B-[0100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	74
B-[0100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	74
B-[0100].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	74
B-[0300]	Innere Medizin - Kardiologie		75
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		75
B-[0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel		75
B-[0300].1.2	Ärztliche Leitung		75
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	76
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	76
B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		79
B-[0300].6	Hauptdiagnosen nach ICD		79
B-[0300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		80
B-[0300].6.2	Kompetenzdiagnosen		81
B-[0300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		81
B-[0300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		83
B-[0300].7.2	Kompetenzprozeduren		85
B-[0300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		85

B-[0300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	85
B-[0300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	85
B-[0300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	86
B-[0300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	87
B-[0300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	87
B-[0300].11	Personelle Ausstattung	87
B-[0300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	87
B-[0300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	88
B-[0300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	88
B-[0300].11.2	Pflegepersonal	88
B-[0300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	90
B-[0300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	90
B-[0300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	90
B-[2316]	Orthopädie- und Unfallchirurgie	91
B-[2316].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[2316].1.1	Fachabteilungsschlüssel	91
B-[2316].1.2	Ärztliche Leitung	91
B-[2316].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	91
B-[2316].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	92
B-[2316].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B-[2316].6	Hauptdiagnosen nach ICD	94
B-[2316].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	95
B-[2316].6.2	Kompetenzdiagnosen	97

B-[2316].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	97
B-[2316].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	98
B-[2316].7.2	Kompetenzprozeduren	100
B-[2316].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	100
B-[2316].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	100
B-[2316].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	102
B-[2316].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	102
B-[2316].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	104
B-[2316].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	105
B-[2316].11	Personelle Ausstattung	105
B-[2316].11.1	Ärzte und Ärztinnen	105
B-[2316].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	106
B-[2316].11.1.2	Zusatzweiterbildung	106
B-[2316].11.2	Pflegepersonal	106
B-[2316].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	108
B-[2316].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	108
B-[2316].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	108
B-[1500]	Allgemein- und Viszeralchirurgie	109
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	109
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	109
B-[1500].1.2	Ärztliche Leitung	109
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	109
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	110

B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	111
B-[1500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	111
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	113
B-[1500].6.2	Kompetenzdiagnosen	114
B-[1500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	114
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	116
B-[1500].7.2	Kompetenzprozeduren	117
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	117
B-[1500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	118
B-[1500].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	119
B-[1500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	119
B-[1500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	121
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	122
B-[1500].11	Personelle Ausstattung	122
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	122
B-[1500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	122
B-[1500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	122
B-[1500].11.2	Pflegepersonal	123
B-[1500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	124
B-[1500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	124
B-[1500].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	125
B-[1800]	Gefäßchirurgie	126
B-[1800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	126
B-[1800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	126

B-[1800].1.2	Ärztliche Leitung	126
B-[1800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	126
B-[1800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	127
B-[1800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	127
B-[1800].6	Hauptdiagnosen nach ICD	127
B-[1800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	129
B-[1800].6.2	Kompetenzdiagnosen	130
B-[1800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	130
B-[1800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	131
B-[1800].7.2	Kompetenzprozeduren	133
B-[1800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	133
B-[1800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	133
B-[1800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	134
B-[1800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	134
B-[1800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	134
B-[1800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	134
B-[1800].11	Personelle Ausstattung	135
B-[1800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	135
B-[1800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	135
B-[1800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	135
B-[1800].11.2	Pflegepersonal	135
B-[1800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	137
B-[1800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	137
B-[1800].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und	137

Psychosomatik

B-[2400]	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	138
B-[2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	138
B-[2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	138
B-[2400].1.2	Ärztliche Leitung	138
B-[2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	138
B-[2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	139
B-[2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	141
B-[2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	141
B-[2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	143
B-[2400].6.2	Kompetenzdiagnosen	144
B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	144
B-[2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	146
B-[2400].7.2	Kompetenzprozeduren	147
B-[2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	147
B-[2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	147
B-[2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	148
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	148
B-[2400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	150
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	151
B-[2400].11	Personelle Ausstattung	151
B-[2400].11.1	Ärzte und Ärztinnen	151
B-[2400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	152
B-[2400].11.1.2	Zusatzweiterbildung	152
B-[2400].11.2	Pflegepersonal	152
B-[2400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische	153

Abschlüsse

B-[2400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	153
B-[2400].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	154
B-[3700]	Anästhesie/ Intensiv- und Notallmedizin	.....	155
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	155
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	155
B-[3700].1.2	Ärztliche Leitung	.....	155
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	156
B-[3700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	156
B-[3700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	156
B-[3700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	157
B-[3700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	157
B-[3700].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	157
B-[3700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	157
B-[3700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	159
B-[3700].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	159
B-[3700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	159
B-[3700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	159
B-[3700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	159
B-[3700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	159
B-[3700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	159
B-[3700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	160
B-[3700].11	Personelle Ausstattung	.....	160
B-[3700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	160
B-[3700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der	.....	160

	Abteilung	
B-[3700].11.1.2	Zusatzweiterbildung	161
B-[3700].11.2	Pflegepersonal	161
B-[3700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	161
B-[3700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	161
B-[3700].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	162
B-[0200]	Geriatric	163
B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	163
B-[0200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	163
B-[0200].1.2	Ärztliche Leitung	163
B-[0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	163
B-[0200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	164
B-[0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	165
B-[0200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	166
B-[0200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	167
B-[0200].6.2	Kompetenzdiagnosen	168
B-[0200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	168
B-[0200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	170
B-[0200].7.2	Kompetenzprozeduren	171
B-[0200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	171
B-[0200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	171
B-[0200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	171
B-[0200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	171
B-[0200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	171

B-[0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	172
B-[0200].11	Personelle Ausstattung		172
B-[0200].11.1	Ärzte und Ärztinnen		172
B-[0200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	172
B-[0200].11.1.2	Zusatzweiterbildung		173
B-[0200].11.2	Pflegepersonal		173
B-[0200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	174
B-[0200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	174
B-[0200].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	174
B-[2800]	Neurologie		175
B-[2800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		175
B-[2800].1.1	Fachabteilungsschlüssel		175
B-[2800].1.2	Ärztliche Leitung		175
B-[2800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	175
B-[2800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	176
B-[2800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		177
B-[2800].6	Hauptdiagnosen nach ICD		177
B-[2800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		178
B-[2800].6.2	Kompetenzdiagnosen		180
B-[2800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		180
B-[2800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		181
B-[2800].7.2	Kompetenzprozeduren		182
B-[2800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		183

B-[2800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	183
B-[2800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	183
B-[2800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	183
B-[2800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	183
B-[2800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	183
B-[2800].11	Personelle Ausstattung	183
B-[2800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	183
B-[2800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	184
B-[2800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	184
B-[2800].11.2	Pflegepersonal	184
B-[2800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	185
B-[2800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	185
B-[2800].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	185
C	Qualitätssicherung	187
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	187
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	187
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	189
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	189
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	306
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	306
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen	306

vergleichenden Qualitätssicherung

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	306
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	307
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr		307
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	307
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	.....	307
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	.....	307
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	308
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	308
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		308
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		310
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	311
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	311

VORWORT

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Qualitätsbericht 2024 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. Im Jahr 2024 feiert das Evangelische Krankenhaus Mettmann sein 150-jähriges Jubiläum und statuiert damit eindrücklich seine Relevanz, Verantwortung und Verlässlichkeit in der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürgern im Kreis Mettmann und der Region Bergisches Land.

Die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH ist ein Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen und des UMCH am Standort Hamburg und stellt die Notfall-, Grund- und Regelversorgung sicher. Das medizinische Leistungsspektrum besteht aus den Kliniken (ehemals Fachabteilungen) „Allgemeine Innere Medizin“, „Diabetologie, Endokrinologie und Angiologie“ sowie den Kliniken der „Gastroenterologie“, „Kardiologie“, „Allgemein- und Viszeralchirurgie“, „Unfallchirurgie und Orthopädie“, Gefäßchirurgie“, „Anästhesie und Intensivmedizin“, „Gynäkologie und Geburtshilfe“, „Geriatric“ sowie der jüngst hinzugekommen Klinik für „Neurologie“. Dafür verfügt das EVK Mettmann über 300 Planbetten. Darunter sind neben den 11 Intensivbetten auch sechs Stroke Unit Betten und fünf Palliativbetten auf einer eigens dazu geschaffenen Station verortet. Auf Chefarzt-Ebene konnten im Jahr 2024 Pia Verena Schmidt als Chefärztin für die interdisziplinäre Notaufnahme und Prof. Bert Bosche als Leiter der Neurologie gewonnen werden. Dem Krankenhaus sind neben den medizinischen Fachabteilungen die Ev. Pflegeakademie Bergisch Land mit sukzessiv auf 175 auszubauenden Ausbildungsplätzen für zwei Ausbildungsgänge, 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. Darüber hinaus ergänzt die Zweigpraxis Allgemeinmedizin Erkrath die Gruppe der Medizinischen Versorgungszentren im Kreis Mettmann.

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.

Das Jahr 2024 wird weiterhin von wirtschaftlichen Herausforderungen begleitet, zudem zeigt sich im Kreis Mettmann bereits seit 2023 der „kalte Strukturwandel“ im Gesundheitswesen, der die Schließung der Krankenhäuser in Haan und Solingen und letztlich auch in 2024 die Schließung des Marienkrankenhauses in Ratingen zur Folge hat.

Gleichzeitig beschäftigt die Krankenhausplanung NRW die Krankenhäuser im Land, die mit teils massiven Umstrukturierungen im Bereich der Patientenversorgung und Leistungsangebote umgehen müssen. Der Feststellungsbescheid für das EVK Mettmann indes ist durchaus positiv zu werten, denn das Krankenhaus wird wachsen, einen umfangreichen Erweiterungsbau realisieren und die Anzahl der Betten erhöhen.

Doch eine steigende Patientenversorgung erfordert auch mehr Personal. Die Gewinnung von Fachkräften, insbesondere im pflegerischen Bereich, bleibt weiterhin ein wichtiges Thema. Das EVK Mettmann setzt bei der Gewinnung von Pflegekräften auch auf die hauseigene Ausbildung. Im Jahr 2024 konnte erneut neben der dreijährigen Ausbildung zur examinierten Pflegefachkraft auch die einjährige Ausbildung zur Pflegefachassistenz starten. Durch die deutlich vergrößerte Ausbildungsstätte und eine angepasste schulische Infrastruktur, starteten im Jahr 2024 erneut drei Ausbildungskurse – im April, September 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.

Zu den Neuerungen im Jahr 2024 zählt auch die Eröffnung der lang geplanten LVR-Tagesklinik auf dem Gelände des Krankenhausparkes. Hier ist ein ambulantes und teilstationäres Versorgungsangebot für Menschen

mit psychischen Erkrankungen entstanden und seit September in Betrieb. Darüber hinaus laufen auch gut etablierte Maßnahmen im EVK Mettmann stabil weiter, dazu zählt das Qualitäts- und Risikomanagement. Mit der Einführung und erfolgreichen Zertifizierung unseres Qualitäts- und Risikomanagementsystems nach der international anerkannten Qualitätsnorm ISO 9001, haben wir bereits seit 2011 ein verbindliches Instrument zur nachhaltigen und ständigen Verbesserung der unternehmerischen Qualität im Ganzen, sowie der Sicherheit und Zufriedenheit unserer Patienten im Besonderen etabliert. Im Jahr 2024 erfolgte ein erfolgreich abgeschlossenes Überwachungsaudit durch die DQS, darüber hinaus wurde aber auch die Abteilung für Frauenheilkunde unter Leitung von Chefarzt Roman Bolotin als Endometrioseklinik zertifiziert.

Ein weiteres 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 Antibiosen stark macht. Selbstverständlich ist auch die leitliniengerechte Krankenhaushygiene wichtiger Baustein im Gesamtkonzept der Sicherheit für unsere Patienten. 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 Mitgliedschaft im Clinotel-Krankenhausverbund. Clinotel ist ein sich dynamisch entwickelnder Krankenhausverbund mit 80 Standorten im 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.

Der Qualitätsbericht 2024 wurde entsprechend der Vereinbarung gem. § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGBV 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 2024 beziehen.

An der Erstellung des Qualitätsberichts 2024 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.evk-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, September 2025

Jessica Llerandi Pulido

Geschäftsführerin

EINLEITUNG

Foto Deckblatt : frisch ans werk

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 773 191
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	https://www.evk-mettmann.de/qualitaets-und-risikomanagement/

**STRUKTUR- UND
LEISTUNGSDATEN DES
KRANKENHAUSES BZW. DES
KRANKENHAUSSTANDORTS**

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
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

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
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
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Oliver Hofer

Telefon	02104 773 161
Fax	02104 773 169
E-Mail	o.hofer@evk-mettmann.de

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-5 MEDIZINISCH-PFLEGERISCHE LEISTUNGSANGEBOTE DES KRANKENHAUSES

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP69 - Eigenblutspende <i>Nur in Form der intraoperativen maschinellen Autotransfusion</i>
2	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Therapie- und Behandlungsform von physischen und psychischen Beeinträchtigung mit dem Ziel eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen.</i>
3	MP01 - Akupressur <i>z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen</i>
4	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining <i>z.B. im Rahmen der Ergotherapie</i>
5	MP21 - Kinästhetik <i>Speziell ausgebildete Fachpflegekräfte; schonende Unterstützung der Bewegungen von Patienten, Förderung der Eigenaktivität der Patienten</i>
6	MP54 - Asthmaschulung <i>Atemtherapie/-schulung durch Physiotherapeuten/innen</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
7	MP25 - Massage <i>Angeboten werden u.a. klassische Massagen, Bindegewebsmassagen, reflektorische Massagen</i>
8	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung <i>im Rahmen der Physiotherapie, Ergotherapie</i>
9	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>
10	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Bewegungsinduktionstherapie (z.B. Bobath, PNF), Spiegeltherapie, Schlucktherapie</i>
11	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Stärkung der Muskulatur des Beckenbodens, um die Kontinenz zu erhalten oder wiederzuerlangen.</i>
12	MP24 - Manuelle Lymphdrainage <i>Ist eine Form der Physikalischen Therapie. Sie dient als Ödem- und Entstauungstherapie ödematöser Körperregionen und wird überwiegend nach Operationen oder Traumata angewendet.</i>
13	MP51 - Wundmanagement <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>
14	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie <i>Für die Palliativstation</i>
15	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Um eine bestmögliche Anschlussversorgung unserer Patienten zu gewährleisten arbeiten wir intensiv mit nachbetreuenden Institutionen zusammen, z.B. angegliederte Kurzzeitpflege, nachbetreuende Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen</i>
16	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>psychoonkologische Beratung</i>
17	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <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>
18	MP45 - Stomatherapie/-beratung <i>Die Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen einen künstlichen Darmausgang haben, werden durch Experten professionell beraten und versorgt.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
19	MP63 - Sozialdienst <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>
20	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Werden zu unterschiedlichen Themen organisiert (z.B. Tag der offenen Tür).</i>
21	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Die Pflegefachkräfte der Stationen und die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes übernehmen für die Patienten die Organisation der benötigten Hilfsmittel.</i>
22	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen <i>Wird zur Schmerzbekämpfung und Entspannung durchgeführt.</i>
23	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung <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>
24	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Durch intensive Betreuung und Anleitung üben die Mitarbeiter des Therapiezentrums mit den Patienten in der medizinischen Trainingstherapie gesundheitsfördernde Übungen ein. Ziel ist es, die Beweglichkeit im Alltag zu erhalten oder zu steigern.</i>
25	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Still-Cafe, Kooperation Endometriose-Selbsthilfe</i>
26	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Stimm-, Sprach- und Schlucktraining</i>
27	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <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>
28	MP04 - Atemgymnastik/-therapie <i>Zur Verbesserung der Atemfunktion und zum Erreichen der Aktivitäten des täglichen Lebens.</i>
29	MP06 - Basale Stimulation <i>Wird durch speziell ausgebildetes Personal im stationären Bereich durchgeführt.</i>
30	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>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
31	<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>
	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
32	<i>Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V; Enge Zusammenarbeit bei der Überleitungspflege mit umliegenden Institutionen.</i>
	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
33	<i>In persönlichen Gesprächen werden die Patienten durch unsere Ernährungsberaterin/Diätassistentin individuell geschult.</i>
	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
34	<i>Wir verfügen über speziell ausgebildete Stoma- und Wundtherapeuten. Darüber hinaus sind auf allen Stationen Mitarbeiter zur Diabetes versierten Pflegekraft fortgebildet.</i>
	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
35	<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>
	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
36	<i>Nordic Walking</i>
	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
37	<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>
	MP30 - Pädagogisches Leistungsangebot
38	<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>
	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
39	<i>In Form von Wärmebehandlungen, Kältebehandlungen und Elektrobehandlungen</i>
	MP36 - Säuglingspflegekurse
40	<i>Praktische Säuglingspflege, Brüderchen- und Schwesterchen-Kurs</i>
	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
41	<i>ab 6. Lebenswoche</i>
	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
42	<i>Eltern-Kind-Cafe, diverse Kurse über das Institut für Gesundheitsförderung</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
43	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen <i>diverse Kurse über das Institut für Gesundheitsförderung</i>
44	MP43 - Stillberatung <i>Stillambulanz</i>
45	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik <i>Während des stationären Aufenthaltes unmittelbar nach der Geburt, Rückbildungsgymnastik ambulant</i>
46	MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik <i>Neugeborenen-Hörtests (TEOAE und AABR)</i>
47	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <i>Yoga in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsgymnastik, psychosomatische Geburtsvorbereitung, praktische Säuglingspflege/ Leben mit dem Neugeborenen, Brüderchen- und Schwesterchen-Kurs</i>
48	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie <i>unter der Geburt</i>
49	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>
50	MP02 - Akupunktur <i>geburtsvorbereitend und unter der Geburt zur Schmerzreduktion</i>
51	MP53 - Aromapflege/-therapie <i>unter der Geburt und im Rahmen unserer Palliativversorgung</i>
52	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) <i>Speziell zertifizierte Physiotherapeuten im Rahmen der neurophysiologischen Behandlung</i>
53	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Manuelle Therapie nach Cyriax, nach Kaltenborn-Evjenth und Mulligan-Konzept</i>
54	MP57 - Biofeedback-Therapie <i>Erfassung von körperlichen Signalen, welche visuell dargestellt werden, wie die Herzfrequenz, Atmung, Muskelaktivität und Hautleitwert. Dieses Feedback ermöglicht es den Patienten physiologische Aktivitäten zu beeinflussen, um die Gesundheit zu steigern (z.B. in der Entspannungstherapie).</i>
55	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Patientenmanagement, Medizincontrolling</i>

A-6 WEITERE NICHT-MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE DES KRANKENHAUSES

#	Leistungsangebot
1	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Im Wahlleistungs- und 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 und katholische Seelsorge besucht regelmäßig alle Stationen und ist jederzeit Ansprechpartner für die Patienten und deren Angehörigen.</i>
7	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Organisiert über die hauseigene Unternehmenskommunikation zu unterschiedlichen Themen in den Bereichen Medizin und Gesundheit z.B. EVK Dialog (Chefarzt-Vorträge), Symposien, Tag der offenen Tür, Kreißsaal-Führung</i>
8	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
9	NM40: Empfangs- und Begleitservice 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>
10	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
11	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Aufenthaltsraum, Brasserie</i>
12	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
13	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	Teamleitung Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Sema Yilmaz
Telefon	02104 773 3171
Fax	02104 773 337
E-Mail	S.Yilmaz@evk-mettmann.de

A-7.2 ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF10 - Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <i>Die meisten Toiletten in den für die Besucher öffentlich zugänglichen Bereichen sind Barrierefrei</i>
2	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerichten Sanitäranlagen
3	BF08 - Rollstuhlgerichter Zugang zu Serviceeinrichtungen
4	BF09 - Rollstuhlgericht bedienbarer Aufzug (innen/außen) <i>Aufzüge verfügen (zusätzlich) über niedrige waagrechte Bedienungstableaus.</i>
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 <i>Etagen Kennzeichnung durch Brailleschrift</i>
7	BF21 - Hilfsgeräte 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. Bobath)</i>
11	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>Personelle Unterstützung während des Klinikaufenthaltes</i>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
12	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>elektrisch verstellbar/ durch ausziehen des Fußteils lässt sich die Länge des Bettes individuell anpassen.</i>
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>In der Geriatrie können auf 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 Alltagsbegleitern.</i>
17	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige <i>Es wird angezeigt auf welcher Etage sich der Aufzug befindet/ Fahrtrichtung des Aufzugs mit einem Pfeil</i>
18	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
19	BF30 - Mehrsprachige Internetseite <i>Die Internetseite verfügt über einen Informationsbereich für internationale Patienten (englisch); Deutsch</i>
20	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen <i>gute Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, barrierefreie Anreise möglich</i>
21	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen <i>Barrierefreie Zugangsmöglichkeit, automatische bewegungsgesteuerte Türen im Eingangsbereich</i>
22	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
23	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen <i>Zusätzliche Orientierungshilfe mit standardisierten Piktogrammen (z.B. Aufzug, Toiletten).</i>
24	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung <i>Beschilderung in der Eingangshalle erleichtert Patienten/innen und Besuchern/innen die Orientierung. Die Schrift ist groß und gut lesbar.</i>
25	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten

#	Aspekte der Barrierefreiheit
26	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>OP-Tische bis zu einem Maximalgewicht von 180kg und einer Körpergröße von bis zu 2m.</i>
27	BF01 - Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
28	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
29	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
30	BF38 - Kommunikationshilfen
31	BF36 - Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten

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	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
3	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
4	FL01 - Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
5	FL09 - Doktorandenbetreuung

A-8.2 AUSBILDUNG IN ANDEREN HEILBERUFEN

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <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>
	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
2	<i>In der Evangelischen Pflegeakademie Bergisch Land stehen 175 Ausbildungsplätze zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit dem Agaplesion Bethesda Krankenhaus Wuppertal bildet das EVK Mettmann jährlich bis zu 50 Pflegekräfte aus. Dozenten sind Pflegepädagogen, Ärzte und Fachkräfte des Gesundheitswesens.</i>
3	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin <i>Als Kooperationspartner im Rahmen des Praktischen Einsatzes in den Bereichen Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie und Orthopädie</i>

A-9 ANZAHL DER BETTEN

Anzahl Betten	300
---------------	-----

A-10 GESAMTFALLZAHLEN

Vollstationäre Fallzahl	12280
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	24730
StäB. Fallzahl	0

A-11 PERSONAL DES KRANKENHAUSES

A-11.1 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				100,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	99,43	Ohne	0,9
Versorgungsform	Ambulant	19,89	Stationär	80,44

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				52,58
Beschäftigungsverhältnis	Mit	51,68	Ohne	0,9
Versorgungsform	Ambulant	5,93	Stationär	46,65

A-11.2 PFLEGEPERSONAL

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

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

Gesamt				190,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	190,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	190,37

Ohne Fachabteilungsuordnung

Gesamt				18,73
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,73

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

Gesamt				7,71
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,71
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,11
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,11

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				11,26
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,26

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				6,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,1
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,34
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,34

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				5,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,97
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,27

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

Gesamt				4,76
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,76

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				2,55
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,55

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				5,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,52

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

Gesamt				5,89
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,89

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				8,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,48

A-11.3 ANGABEN ZU AUSGEWÄHLTEM THERAPEUTISCHEN PERSONAL IN PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

A-11.4 SPEZIELLES THERAPEUTISCHES PERSONAL

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				3,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	3,25
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,25

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Gesamt				0,26
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	0,26
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,26

SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt				3,29
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	3,29

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,29
-----------------	-----------------	---	------------------	------

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				0,58
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,58

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				6,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,27

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				8,45
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,54	Stationär	5,91

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				0,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,37

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Gesamt				0,44
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,44

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				0,86
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,86

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt				0,72
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,72

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

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

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	1,4

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				2,55
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,4	Stationär	1,15

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				3,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,77	Stationär	1,44

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

Gesamt				5,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,46	Stationär	4,14

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

Gesamt				2,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,59	Stationär	2,38

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 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	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 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System)" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 21.10.2025
2	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System)" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 21.10.2025
3	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
4	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System)" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 21.10.2025
5	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System)" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 21.10.2025
6	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
7	RM03: Mitarbeiterbefragungen
8	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
9	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System)" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 21.10.2025
10	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System)" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 21.10.2025
11	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System)" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 21.10.2025
12	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System)" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) Letzte Aktualisierung: 21.10.2025

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: 21.10.2025
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: 21.10.2025
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: 21.10.2025
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: 21.10.2025

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: 30.10.2025
---	---

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

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) <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)	5

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)	11

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. Oliver Hofer
Telefon	02104 773 161
Fax	02104 773 169
E-Mail	o.hofer@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

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

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

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

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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	27
---	----

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja
---	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	114
--	-----

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 Frequenz: quartalsweise

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
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 Frequenz: jährlich <i>Schulungen finden außerdem anlassbezogen und auf Anfrage der Mitarbeiter statt.</i>
5	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE-KOMET

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

- ☒ CDAD-KISS
- ☒ HAND-KISS
- ☒ ITS-KISS
- ☒ OP-KISS

A-12.4 PATIENTENORIENTIERTES LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
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

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
		Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	<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 Chefarzten 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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
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: 21.10.2025
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: 21.10.2025
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: 21.10.2025
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-12.6 PRÄVENTION VON UND HILFE BEI MISSBRAUCH UND GEWALT

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Ja

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik <i>Interne Liste mit Ansprechpartner im Kreis Mettmann bei häuslicher Gewalt</i>
2	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen <i>Runder Tisch gegen häusliche Gewalt im Kreis Mettmann Schwerpunkt: Kinder</i>
3	SK03: Aufklärung <i>Informationsschreiben und Arbeitsmaterial vom Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW</i>

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
	SK09: Sonstiges (Intervention)
4	<i>Vorlagen für eine Gewaltdiagnostik: Anleitung als Hilfe zur Spurensicherung, Ärztlicher Untersuchungsbericht für Kinder – entwickelt vom „Runden Tisch gegen häusliche Gewalt“ im Kreis Mettmann –</i>
5	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl <i>Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses bei Einstellung</i>
6	SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten

A-13 BESONDERE APPARATIVE AUSSTATTUNG

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich <i>Verfügbarkeit besteht in Zusammenarbeit mit niedergelassenem Neurologen (Praxiszeiten)</i>
2	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i>
3	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich <i>im Rahmen der Spezialsprechstunde</i>
4	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich <i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen/ nuklearmedizinischer Praxis</i>
5	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen sowie teleradiologische Unterstützung</i>
6	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja
7	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <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>
8	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja <i>spezielle Beatmungsgeräte zur Unterstützung der modernen Beatmungstherapie stehen zur Verfügung.</i>
9	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja

#	Gerätenummer	24h verfügbar
10	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i>
11	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich
12	AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph	Ja <i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i>
13	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich <i>Organisation über urologische Praxis vor Ort</i>
14	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Nein <i>eigener Eingriffsraum</i>
15	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja <i>eigener Eingriffsraum mit Biplaner Bildgebung</i>
16	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja <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

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 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 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 Ärztliche Leitung

Leistungsart

Leistungsart	Chefarzt / Chefärztin
--------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	https://www.evk-mettmann.de/kliniken/angiologie-diabetologie-endokrinologie/
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	https://www.evk-mettmann.de/kliniken/gastroenterologie/

B-[0100].2 ZIELVEREINBARUNGEN MIT LEITENDEN ÄRZTEN UND ÄRZTINNEN

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

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

B-[0100].3 MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE DER ORGANISATIONSEINHEIT/FACHABTEILUNG

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen <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>
2	VI27 - Spezialsprechstunde <i>Alle Chefärzte haben zugeordnet zu ihren Fachbezeichnungen entsprechende Ambulanzen, die nach Terminvergabe in der Anmeldung des Sekretariates aufgesucht werden können.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
3	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <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	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) <i>Es wird das komplette endokrinologische Behandlungsspektrum ambulant und stationär angeboten.</i>
5	VR02 - Native Sonographie <i>Für die Ultraschalluntersuchungen unterschiedlicher Organsysteme stehen zwei hochmoderne Geräte mit insgesamt sechs Schallköpfen zur Verfügung, mit denen über die Routineuntersuchungen hinaus spezielle differenzierendere Techniken eingesetzt werden können.</i>
6	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen <i>Vollständige Diagnostik in Kooperation mit Neurologen und Fachradiologen der kooperierenden Praxis. Entscheidung zur Therapie nach Konferenz mit Gefäßchirurgen und interventionell tätigen Neuro-Radiologen</i>
7	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums <i>Krankheitsbilder wie Aussaat bösartiger Prozesse im Bauchfellbereich (Peritonealkarzinose), chronische Ausschwitzungen von Flüssigkeiten über das Bauchfell (Aszites bei Leberzirrhose), Drainagetherapie</i>
8	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas <i>Neben den funktionellen Tests der Organfunktionen durch Laboruntersuchungen stehen für die bildgebende Ultraschall-Diagnostik inkl. KM-Sonographie, einem hochmodernen Sonographiegerät eine Endosonographie (sowohl Radial- als auch Sektorgerät) und die ERCP zur Verfügung.</i>
9	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren <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>
10	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <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>

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VR15 - Arteriographie <i>Durchgeführt von Angiographien inkl. DSA Technik und Angioplastien (PTA) mit ggfs. Stentimplantationen der peripheren Gefäße an einer hochmodernen speziellen digitalen Röntgeneinrichtung (Angiosuite).</i>
	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
12	<i>In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten HNO- Praxis und dem MVZ mit pulmonologischer fachärztlicher Betreuung stehen alle zur Diagnostik und Therapie erforderlichen Verfahren zur Verfügung.</i>
13	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Sämtliche konventionellen Röntgenaufnahmen können an modernen Röntgenanlagen durchgeführt werden.</i>
	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
14	<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>
15	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs <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>
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
16	<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>
17	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes <i>Hierzu stehen unseren Kardiologen zwei hochmoderne Echokardiographiegeräte sowie ein Einschwemmkathetermessplatz zur Verfügung.</i>
18	VR41 - Interventionelle Radiologie <i>Angiologische PTAs inkl. Stentimplantation, ERCP incl. Gallengangsdrainage und Steinextraktion</i>
19	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten <i>Radiologie, Labor, Punktionen, Abstriche, entsprechende Therapie</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
20	<i>Zur Gefäßdiagnostik steht ein Dopplersonographiegerät mit zwei Stiftsonden für die unterschiedliche Tiefenausdehnung und Erfassung zur Verfügung.</i>
	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
21	<i>in der Versorgung unserer Patienten im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit. Insbesondere auf einer eigenen Demenzstation</i>
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
22	<i>Durchführung von Oesophagus- Funktionsuntersuchungen, Magen- Darm passage, Kolon- Kontrasteinlauf, Hinton- Test (Messung der Passagezeit).</i>
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
23	<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>
	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
24	<i>In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten HNO- und neurologischen Praxis stehen alle üblichen Verfahren zur Schwindelabklärung und -therapie zur Verfügung.</i>
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
25	<i>Nach sonographischer und radiologischer Diagnostik werden diagnostische und entlastende Punktionen durchgeführt. Anlage von Dauerdrainagen (z.B. PleurEx) zur kontinuierlichen Therapie chronischer Pleuraergüsse.</i>
	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
26	<i>In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten Praxen stehen alle zur Diagnostik und Therapie erforderlichen Verfahren zur Verfügung. Es besteht ein interdisziplinäres Tumorboard, welches einmal wöchentlich tagt und auch Hausärzten zur Verfügung steht.</i>
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
27	<i>Beide hochmodernen Geräte können zur Kontrastmittelsonographie eingesetzt werden, sowohl im arteriellen als auch venösen Bereich.</i>
	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
28	<i>Vorfelddiagnostik und ggf. Weiterleitung in die Universitätsklinik Düsseldorf</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
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 Gefäßchirurgie verlegt.</i>
30	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <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 <i>Evaluation zur Leberimplantation nach Leitlinie.</i>
32	VR04 - Duplexsonographie <i>Die bereits beschriebenen hochmodernen Geräte verfügen neben der Standard-Duplexsonographie über spezielle Doppler- Möglichkeiten (Power mode, Angio mode).</i>
33	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz <i>Umfassende und vollständige Abklärung (in Absprache mit dem Nephrologischen Zentrum Mettmann).</i>
34	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen <i>Fachinternistische Abklärung immunologischer und autoimmuner Erkrankungen.</i>
35	VI35 - Endoskopie <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	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen <i>Ambulante und stationäre Betreuung</i>
37	VI39 - Physikalische Therapie
38	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien <i>Allergologische Basisdiagnostik in Zusammenarbeit mit der HNO Praxis und dem MVZ.</i>
39	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

#	Medizinische Leistungsangebote
40	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis <i>In der intensivmedizinischen Versorgung stehen die üblichen Therapieverfahren zur Verfügung.</i>
41	VI42 - Transfusionsmedizin VI38 - Palliativmedizin
42	<i>Eigenständige Palliativstation mit 6 genehmigten Palliativbetten (Einzelzimmer). Palliativmedizin ist die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung.</i>
43	VI40 - Schmerztherapie VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
44	<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>
45	VR06 - Endosonographie <i>Zur Diagnostik von Organveränderungen im Magen-Darmtrakt stehen zwei hochmoderne 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>
46	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen <i>Es besteht eine enge Kooperationsmit der rheumatologischen Klinik des Evangelischen Fachkrankenhauses Ratingen.</i>
47	VI00 - („Sonstiges“): Elastographie <i>Überprüfung der Leberfestigkeit bei V.a. Leberfibrose und Leberzirrhose; Überprüfung der Schilddrüsen Gewebebeschaffenheit</i>
48	VI00 - („Sonstiges“): Flexible endoskopische Examination des Schluckaktes (FEES) <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>
49	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen <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>
50	VA00 - („Sonstiges“): Diabetologie <i>Ambulante und Stationäre Diagnostik und Therapie aller Diabetesformen</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
51	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen <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 werden diese intern gefäßchirurgisch versorgt.</i>

B-[0100].5 FALLZAHLEN DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Vollstationäre Fallzahl	3704
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 HAUPTDIAGNOSEN NACH ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	286
2	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	140
3	E86	Volumenmangel	125
4	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	100
5	A46	Erysipel [Wundrose]	75
6	K29.1	Sonstige akute Gastritis	59
7	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	58
8	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	55
9	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	54
10	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	52
11	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	52
12	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	45
13	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	45
14	K29.6	Sonstige Gastritis	43
15	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	41

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
16	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	41
17	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	41
18	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	36
19	K92.1	Meläna	34
20	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	34
21	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	32
22	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	32
23	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	32
24	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	31
25	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	28
26	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	28
27	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	27
28	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	27
29	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	27
30	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	26

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	324
2	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	288
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	201
4	K29	Gastritis und Duodenitis	161
5	E86	Volumenmangel	125
6	I50	Herzinsuffizienz	120
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	114

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	I70	Atherosklerose	107
9	K57	Divertikulose des Darmes	78
10	A46	Erysipel [Wundrose]	75
11	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	71
12	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	61
13	K80	Cholelithiasis	60
14	D50	Eisenmangelanämie	60
15	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	52
16	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	51
17	N17	Akutes Nierenversagen	45
18	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	41
19	K85	Akute Pankreatitis	41
20	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	36
21	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	36
22	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	36
23	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	36
24	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	33
25	I26	Lungenembolie	32
26	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	31
27	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	31
28	J20	Akute Bronchitis	30
29	K26	Ulcus duodeni	29
30	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	29

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100].7 DURCHGEFÜHRTE PROZEDUREN NACH OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	975
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	630
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	615
4	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	578
5	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	431
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	431
7	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	420
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	373
9	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	342
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	307
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	220
12	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	208
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	199
14	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	183
15	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	166
16	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	161
17	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	156
18	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	141
19	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	134
20	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	132

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	126
22	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	115
23	8-836.7k	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Arterien Oberschenkel	111
24	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	111
25	3-056	Endosonographie des Pankreas	110
26	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	105
27	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	92
28	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	89
29	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	88
30	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	88

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	2107
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	983
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	788
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	567
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	431
6	9-500	Patientenschulung	431
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	373
8	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	325
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	307

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	220
11	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	213
12	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	197
13	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	183
14	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	180
15	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	172
16	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	156
17	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	141
18	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	132
19	5-469	Andere Operationen am Darm	126
20	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	115
21	3-056	Endosonographie des Pankreas	110
22	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	105
23	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	88
24	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	88
25	8-854	Hämodialyse	84
26	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	82
27	3-202	Native Computertomographie des Thorax	70
28	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	51
29	1-797	Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung	50
30	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	48

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100].8 AMBULANTE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Gastroenterologische Ambulanz <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	<i>Kurative Coloskopien</i>
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	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)

#	Ambulanz	Leistung
6	Gastroenterologische Ambulanz	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
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	664
2	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	147
3	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	143
4	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	83
5	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	67
6	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	44
7	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	26

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
8	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	12
9	3-056	Endosonographie des Pankreas	12
10	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	9
11	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	7
12	3-053	Endosonographie des Magens	4
13	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterveweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
14	8-123.1	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung	< 4
15	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	< 4
16	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
17	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	< 4
18	5-452.82	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation	< 4
19	8-123.00	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Ohne jejunale Sonde	< 4
20	3-054	Endosonographie des Duodenums	< 4
21	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	< 4
22	5-534.33	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	< 4
23	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	< 4
24	3-051	Endosonographie des Ösophagus	< 4
25	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	< 4
26	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
27	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	< 4
28	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	< 4
29	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
30	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	740
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	230
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	223
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	12
5	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	12
6	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	8
7	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	6
8	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	5
9	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	4
10	3-053	Endosonographie des Magens	4
11	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
12	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
13	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
14	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
15	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
16	3-051	Endosonographie des Ösophagus	< 4
17	3-054	Endosonographie des Duodenums	< 4
18	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
19	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
20	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
21	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
22	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
23	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4
24	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4
25	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
26	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
27	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4

B-[0100].10 ZULASSUNG ZUM DURCHGANGS-ARZTVERFAHREN DER BERUFGENOSSENSCHAFT

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

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	21,18	Fälle je VK/Person	249,763992
Beschäftigungsverhältnis	Mit 21,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 6,35	Stationär	14,83

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,01	Fälle je VK/Person	487,368439
Beschäftigungsverhältnis	Mit 9,01	Ohne	0

Versorgungsform

Ambulant 1,41

Stationär 7,6

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
3	AQ25 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
4	AQ24 - Innere Medizin und Angiologie
5	AQ03 - Arbeitsmedizin
6	AQ13 - Viszeralchirurgie
7	AQ29 - Innere Medizin und Nephrologie

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF73 - Psychotherapie
2	ZF07 - Diabetologie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
5	ZF39 - Schlafmedizin
6	ZF30 - Palliativmedizin
7	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
8	ZF03 - Allergologie
9	ZF44 - Sportmedizin

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

38,5

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

Gesamt

66,37

Fälle je
VK/Person

55,80834

Beschäftigungsverhältnis	Mit	66,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	66,37

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,47	Fälle je VK/Person	1499,59509
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,47

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,58	Fälle je VK/Person	1435,65894
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,58

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		3,28	Fälle je VK/Person	1129,26831
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,28

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

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	14816
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,14	Fälle je VK/Person	1179,6178
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,14

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
4	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
5	PQ01 - Bachelor
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ21 - Casemanagement
8	PQ06 - Master

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	ZP02 - Bobath

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

B-[0300] INNERE MEDIZIN - KARDIOLOGIE

B-[0300].1 NAME DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin - Kardiologie

B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 - Kardiologie

B-[0300].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt 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	https://www.evk-mettmann.de/kliniken/kardiologie/
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	https://www.ev-k-mettmann.de/kliniken/kardiologie/

B-[0300].2 ZIELVEREINBARUNGEN MIT LEITENDEN ÄRZTEN UND ÄRZTINNEN

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

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

B-[0300].3 MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE DER ORGANISATIONSEINHEIT/FACHABTEILUNG

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <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>
2	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes <i>Invasive Links- und Rechtsherzkatheterdiagnostik und echokardiographische Verfahren ermöglichen ein vollständiges hämodynamisches Profil bei Patienten mit pulmonalen Herzkrankheiten und Erkrankungen des Lungenkreislaufs.</i>
3	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <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>
4	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten <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>

#	Medizinische Leistungsangebote
5	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <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>
6	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Für Funktionsuntersuchungen der Lunge steht eine moderne Bodyplethysmographie sowie eine Spiroergometrienheit zur Verfügung mit der eine differenzierte leitliniengerechte Diagnostik erfolgt. In der bildgebenden Diagnostik stehen zudem zwei hochauflösende Bronchoskopieendoskope zur Verfügung.</i>
7	VI20 - Intensivmedizin <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>
8	VI27 - Spezialsprechstunde <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>
9	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Elektrokardiographische Diagnostik von supraventrikulären Arrhythmien und Elektrokardioversion von Vorhofflimmern sowie Diagnostik sämtlicher bradykarder Herzrhythmusstörungen. Komplexere Herzrhythmusstörungen werden in Kooperation elektrophysiologisch untersucht und interventionell behandelt.</i>
10	VI34 - Elektrophysiologie <i>Langzeit-EKG Untersuchungen; Differenzierte Auswertungen von EKG Befunde. Komplexe Herzrhythmusstörungen werden in Kooperation elektrophysiologisch untersucht und interventionell behandelt. Vorhofflimmer-Ablationen in Kooperation.</i>
11	VI39 - Physikalische Therapie <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>
12	VC05 - Schrittmachereingriffe <i>Ein-, Zwei- und Dreikammerschrittmacher werden nach Indikationsstellung routinemäßig implantiert. Ebenso sind jederzeit Aggregatwechsel und Sondenrevisionen möglich.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VC06 - Defibrillatoreingriffe
13	<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>
	VC10 - Eingriffe am Perikard
14	<i>Sämtliche Arten von Herzbeutelkrankungen, die mit einer Ergußbildung des Herzbeutels einhergehen, werden invasiv entlastet und diagnostisch evaluiert.</i>
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
15	<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>
	VR04 - Duplexsonographie
16	<i>Carotis-Duplex-Untersuchungen und duplexsonographische Untersuchungen der peripheren Arterien und Venen sind regelhafter Bestandteil der kardiologischen Aufarbeitung</i>
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
17	<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 Vorhofseptaldefekten.</i>
	VR06 - Endosonographie
18	<i>Schluckechountersuchungen (TEE) werden regelhaft mit modernster Technik durchgeführt. Herzklappenerkrankungen, Aortenerkrankungen und Strukturauffälligkeiten des Herzens werden in Vorbereitung der therapeutischen Maßnahmen durchgeführt.</i>
	VR15 - Arteriographie
19	<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>
	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
20	<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>
	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
21	<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>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
22	<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>

B-[0300].5 FALLZAHLEN DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Vollstationäre Fallzahl	2412
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6 HAUPTDIAGNOSEN NACH ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	217
2	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	208
3	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	141
4	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	139
5	I20.0	Instabile Angina pectoris	127
6	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	121
7	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	119
8	R55	Synkope und Kollaps	113
9	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	108
10	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	105
11	R07.2	Präkordiale Schmerzen	82
12	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	63
13	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	55
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	54
15	I21.41	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt	44
16	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	40
17	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	33

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	32
19	I48.3	Vorhofflattern, typisch	30
20	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	27
21	I95.1	Orthostatische Hypotonie	23
22	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	23
23	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	21
24	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	18
25	I35.0	Aortenklappenstenose	18
26	I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	15
27	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	15
28	R06.0	Dyspnoe	13
29	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	12
30	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	12

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	387
2	I50	Herzinsuffizienz	362
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	312
4	I20	Angina pectoris	275
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	221
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	158
7	R07	Hals- und Brustschmerzen	127
8	R55	Synkope und Kollaps	113
9	I11	Hypertensive Herzkrankheit	38
10	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	37
11	I26	Lungenembolie	33

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	31
13	I95	Hypotonie	31
14	I47	Paroxysmale Tachykardie	23
15	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	19
16	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	19
17	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	18
18	I42	Kardiomyopathie	14
19	R00	Störungen des Herzschlages	14
20	R06	Störungen der Atmung	13
21	E86	Volumenmangel	10
22	I33	Akute und subakute Endokarditis	9
23	I51	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	9
24	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	7
25	H81	Störungen der Vestibularfunktion	5
26	K29	Gastritis und Duodenitis	5
27	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	4
28	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	4
29	I63	Hirnfarkt	4
30	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	4

B-[0300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0300].7 DURCHGEFÜHRTE PROZEDUREN NACH OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	736

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
2	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	563
3	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	531
4	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	345
5	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	331
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	303
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	262
8	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	236
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	231
10	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	203
11	8-83b.08	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	202
12	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	164
13	3-200	Native Computertomographie des Schädels	132
14	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	125
15	3-824.2	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: Unter pharmakologischer Belastung	114
16	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	110
17	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	103
18	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	99
19	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	85

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	8-83b.07	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer	80
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	75
22	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	74
23	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	70
24	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	62
25	8-83b.b6	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an Koronargefäßen	61
26	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	57
27	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	56
28	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	56
29	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	54
30	8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	50

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1105
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1065
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1064
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	847
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	345

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	335
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	231
8	9-500	Patientenschulung	164
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	132
10	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	127
11	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	112
12	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	105
13	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	77
14	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	74
15	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	62
16	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	57
17	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	56
18	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	55
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	49
20	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	49
21	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	48
22	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	46
23	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	45
24	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	44
25	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	40
26	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	39
27	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	38
28	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	37
29	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	35

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	3-05g	Endosonographie des Herzens	31

B-[0300].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0300].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>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Chest Pain Unit <i>Unser Krankenhaus verfügt über eine zertifizierte Chest Pain Unit (CPU), die auf die schnelle und effektive Diagnose und Behandlung von Patienten mit akuten Brustschmerzen spezialisiert ist.</i>
3	AM07 - Privatambulanz	Kardiologische Ambulanz <i>Vorstellung bei Herzerkrankungen zur erweiterten Diagnostik ggf. Therapie mit allen derzeit zur Verfügung stehenden Verfahren.</i>

B-[0300].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-[0300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0300].9 AMBULANTE OPERATIONEN NACH § 115B SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	19
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	10
3	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	6
4	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	5
5	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	4
6	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
7	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
8	5-795.2c	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	< 4
9	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	< 4
10	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4
11	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
12	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
13	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
14	5-849.1	Andere Operationen an der Hand: Temporäre Fixation eines Gelenkes	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
15	1-275.6	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	34
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	9
3	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	6
4	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
6	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
7	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
8	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
9	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
10	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4

B-[0300].10 ZULASSUNG ZUM DURCHGANGS-ARZTVERFAHREN DER BERUFGENOSSENSCHAFT

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

B-[0300].11 PERSONELLE AUSSTATTUNG

B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		13,64	Fälle je VK/Person	252,565445
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,09	Stationär	9,55

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,24	Fälle je VK/Person	438,545441
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,74	Stationär	5,5

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

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

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF23 - Magnetresonanztomographie – fachgebunden – (MWBO 2003)
4	ZF54 - Kardiale Magnetresonanztomographie
5	ZF08 - Flugmedizin

B-[0300].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		36,77	Fälle je VK/Person	65,59695
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,77	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	36,77
-----------------	-----------------	---	------------------	-------

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,4	Fälle je VK/Person	1722,85718
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,4

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,36	Fälle je VK/Person	6699,99951
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,36

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,14	Fälle je VK/Person	17228,5723
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,14

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

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	7309,091
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,38	Fälle je VK/Person	1747,826
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,38

B-[0300].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-[0300].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	ZP33 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Chest Pain Unit

B-[0300].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	2316 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2316].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Unfallchirurgie/ Orthopädie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andrzej Kaminski
Telefon	02104 773 129
Fax	02104 773 128
E-Mail	a.kaminski@evk-mettmann.de
Strasse	Gartenstraße
Hausnummer	4-8
PLZ	40822
Ort	Mettmann
URL	https://www.evk-mettmann.de/kliniken/unfallchirurgie-orthopaedie/

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 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-[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
19	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
20	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
22	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
23	VC30 - Septische Knochenchirurgie
24	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
25	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
	VC71 - Notfallmedizin
26	<i>Seit 04/2021 Regionales TraumaZentrum , VAV Zulassung, 112 traumabedingte Notfallversorgungen</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
45	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
46	VN23 - Schmerztherapie
47	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen

#	Medizinische Leistungsangebote
48	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
49	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
50	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
51	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
52	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
53	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
54	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren

B-[2316].5 FALLZAHLEN DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Vollstationäre Fallzahl	2315
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2316].6 HAUPTDIAGNOSEN NACH ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	144
2	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	111
3	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	90
4	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	88
5	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	74
6	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	73
7	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	70
8	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	61
9	S06.0	Gehirnerschütterung	55
10	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	54
11	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	36
12	M79.28	Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	33

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
13	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	32
14	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	31
15	M54.4	Lumboischialgie	30
16	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	26
17	S70.0	Prellung der Hüfte	25
18	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	24
19	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	23
20	S82.82	Trimalleolarfraktur	23
21	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	22
22	S32.1	Fraktur des Os sacrum	20
23	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	19
24	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	18
25	S32.5	Fraktur des Os pubis	18
26	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	18
27	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	17
28	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	16
29	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	16
30	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	15

B-[2316].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	215
2	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	175
3	S72	Fraktur des Femurs	167
4	S52	Fraktur des Unterarmes	164
5	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	132

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	108
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	105
8	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	88
9	S06	Intrakranielle Verletzung	79
10	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	71
11	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	68
12	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	64
13	M54	Rückenschmerzen	50
14	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	44
15	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	43
16	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	39
17	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	37
18	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	35
19	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	32
20	L03	Phlegmone	29
21	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	28
22	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	26
23	M75	Schulterläsionen	26
24	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	22
25	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	22
26	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	21
27	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	20
28	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	18
29	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	17
30	M47	Spondylose	16

B-[2316].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2316].7 DURCHGEFÜHRTE PROZEDUREN NACH OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	433
2	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	344
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	336
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	306
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	287
6	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	271
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	270
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	212
9	3-206	Native Computertomographie des Beckens	194
10	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	138
11	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	138
12	5-032.30	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	122
13	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	121
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgtter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	120
15	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	116
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	109
17	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	107
18	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	103

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	97
20	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	96
21	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	82
22	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	75
23	5-829.k1	Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke	70
24	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	64
25	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	57
26	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	53
27	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	53
28	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	52
29	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	48
30	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	47

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	949
2	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	435
3	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	433

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	344
5	5-984	Mikrochirurgische Technik	336
6	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	309
7	3-200	Native Computertomographie des Schädels	306
8	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	305
9	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	270
10	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	222
11	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	212
12	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	202
13	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	200
14	3-206	Native Computertomographie des Beckens	194
15	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	181
16	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	143
17	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	141
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	118
19	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	116
20	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	110
21	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	107
22	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	105
23	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	100
24	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	97
25	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	76
26	9-500	Patientenschulung	75
27	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	71
28	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	64

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	63
30	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	57

B-[2316].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2316].8 AMBULANTE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

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

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Interdisziplinäre chirurgische Notfallambulanz	VO21 - Traumatologie
2	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
4	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
5	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
6	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
7	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
8	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen

#	Ambulanz	Leistung
9	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
10	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
11	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
12	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
13	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
14	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
15	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
16	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
17	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
18	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
19	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
20	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
21	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
22	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
23	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
24	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
25	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VO15 - Fußchirurgie
26	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VO16 - Handchirurgie

#	Ambulanz	Leistung
27	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VK32 - Kindertraumatologie
28	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
29	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC71 - Notfallmedizin
30	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
31	Notfall- und Kontrollsprechstunden	VC58 - Spezialsprechstunde
32	Notfall- und Kontrollsprechstunden	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	83
2	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	36
3	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	30
4	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	29
5	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	24
6	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	24
7	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	18
8	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	18
9	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	18

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
10	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	17
11	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	16
12	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	14
13	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	13
14	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	13
15	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	11
16	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	10
17	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	9
18	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	9
19	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	8
20	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroelglenoidalgelenk	8
21	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	7
22	5-787.1v	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale	7
23	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	7
24	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	7
25	5-039.d	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation	7
26	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	7
27	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	6
28	5-790.0a	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Karpale	6

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
29	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	5
30	5-787.3b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Metakarpale	5

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	230
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	121
3	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	70
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	55
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	51
6	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	28
7	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	24
8	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	24
9	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	11
10	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	9
11	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	8
12	5-841	Operationen an Bändern der Hand	6
13	5-849	Andere Operationen an der Hand	6
14	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	5
15	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	4
16	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	4
17	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	< 4
18	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
19	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
20	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	< 4
21	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
22	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
23	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
24	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
25	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
26	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	< 4
27	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	< 4
28	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
29	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
30	5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	< 4

B-[2316].10 ZULASSUNG ZUM DURCHGANGS-ARZTVERFAHREN DER BERUFGENOSSENSCHAFT

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

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	14,7	Fälle je VK/Person	196,853745
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,58	Ohne 0,12

Versorgungsform	Ambulant	2,94	Stationär	11,76
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		8,61	Fälle je VK/Person	298,7097
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,49	Ohne	0,12
Versorgungsform	Ambulant	0,86	Stationär	7,75

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[2316].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)
3	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
4	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
5	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2316].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		33,26	Fälle je VK/Person	69,60313
Beschäftigungsverhältnis	Mit	33,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	33,26

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,13	Fälle je VK/Person	2048,67261
--------	------	-----------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,13

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,07	Fälle je VK/Person	2163,55127
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,07

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	13617,6465
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

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

Gesamt		0,1	Fälle je VK/Person	23150
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,1

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

Gesamt		4,27	Fälle je VK/Person	542,154541
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,27

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,95	Fälle je VK/Person	1187,17944
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,95

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	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ01 - Bachelor
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
7	PQ22 - Intermediate Care Pflege
8	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
3	ZP29 - Stroke Unit Care
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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Allgemein-/ Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Uwe Knaust
Telefon	02104 773 4824
Fax	02104 773 128
E-Mail	u.knaust@evk-mettmann.de
Strasse	Gartenstraße
Hausnummer	4-8
PLZ	40822
Ort	Mettmann
URL	https://www.evk-mettmann.de/kliniken/allgemein-und-viszeralchirurgie/

B-[1500].2 ZIELVEREINBARUNGEN MIT LEITENDEN ÄRZTEN UND ÄRZTINNEN

Das Krankenhaus hält sich bei der

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

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

B-[1500].3 MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE DER ORGANISATIONSEINHEIT/FACHABTEILUNG

#	Medizinische Leistungsangebote
1	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>MRCP, 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>

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>alle Eingriffe an Leber und Gallensystem einschließlich ausgedehnter Leberteilresektionen außer Transplantation, keine Resektionen am Pankreas</i>
12	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie <i>Chirurgische Behandlung von gut- und bösartigen Erkrankungen des gesamten Magendarmtraktes ausser Ösophaguschirurgie</i>
13	VC21 - Endokrine Chirurgie <i>Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Nebennieren. Neuromonitoring.</i>
14	VC62 - Portimplantation <i>Einsetzen von Kathetersystemen zur Chemotherapie/künstlichen Ernährung</i>
15	VC24 - Tumorchirurgie <i>Therapie von Tumoren der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchhöhle, Weichteiltumoren</i>
16	VC00 - („Sonstiges“): Koloproktologie <i>Diagnostik und Therapie des Hämorrhoidalleidens einschließlich Staplerv Verfahren, Analfissuren, Analfisteln, Rektozelen, Rektumprolaps, Stuhlinkontinenz, Anal- und Rektumtumoren</i>
17	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Leistenbruchversorgung, Gallenblasenentfernung, Appendektomie, Anti-Reflux-Operationen, Dickdarm(teil)entfernungen, Adhäsio lysen, Milzentfernung, Leberzystenoperationen, Peritonealdialysekatheteranlage</i>

B-[1500].5 FALLZAHLEN DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Vollstationäre Fallzahl	1255
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 HAUPTDIAGNOSEN NACH ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	108

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
2	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	85
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	83
4	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	61
5	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	39
6	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	35
7	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	33
8	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	32
9	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	28
10	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	28
11	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	24
12	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	24
13	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	22
14	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	21
15	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	21
16	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	20
17	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	18
18	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	17
19	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	17
20	K81.0	Akute Cholezystitis	15
21	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	13
22	K56.0	Paralytischer Ileus	12
23	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	12
24	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	11

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
25	K61.0	Analabszess	11
26	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	10
27	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	9
28	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	9
29	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	8
30	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	7

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	235
2	K40	Hernia inguinalis	158
3	K35	Akute Appendizitis	82
4	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	74
5	K43	Hernia ventralis	71
6	K57	Divertikulose des Darmes	66
7	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	65
8	K42	Hernia umbilicalis	33
9	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	28
10	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	26
11	E04	Sonstige nichttoxische Struma	25
12	L05	Pilonidalzyste	24
13	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	19
14	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	17
15	K81	Cholezystitis	15
16	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	13
17	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	12
18	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	12
19	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	12

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
20	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	12
21	L03	Phlegmone	10
22	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10
23	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	8
24	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	8
25	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	7
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	7
27	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	7
28	S06	Intrakranielle Verletzung	6
29	C16	Bösartige Neubildung des Magens	6
30	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	5

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 DURCHGEFÜHRTE PROZEDUREN NACH OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	231
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	170
3	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	113
4	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm² bis unter 200 cm²	88
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	81
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	74
7	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	63
8	5-932.42	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm² bis unter 100 cm²	61

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
9	5-470.10	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch (Schlingen)ligatur	60
10	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	54
11	5-536.45	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	47
12	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	47
13	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	46
14	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	44
15	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiole: Laparoskopisch	44
16	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	43
17	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	38
18	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	35
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	32
20	5-850.d6	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Bauchregion	32
21	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	31
22	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	28
23	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	27
24	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	26

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	26
26	3-200	Native Computertomographie des Schädels	25
27	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	23
28	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	22
29	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	21
30	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	21

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	256
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	255
3	5-511	Cholezystektomie	249
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	170
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	162
6	5-469	Andere Operationen am Darm	158
7	5-916	Temporäre Weichteildeckung	85
8	5-470	Appendektomie	84
9	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	82
10	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	71
11	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	69
12	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	66
13	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	60
14	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	51
15	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	48

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	47
17	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	44
18	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	43
19	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	42
20	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	38
21	9-500	Patientenschulung	38
22	5-454	Resektion des Dünndarmes	34
23	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	33
24	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	33
25	5-572	Zystostomie	29
26	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	28
27	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	28
28	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	27
29	1-650	Diagnostische Koloskopie	27
30	3-200	Native Computertomographie des Schädels	25

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	AM07	VC00 - („Sonstiges“)
2	AM07	VC63 - Amputationschirurgie
3	AM07	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
4	AM07	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
5	AM07	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
6	AM07	VD12 - Dermatochirurgie
7	AM07	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
8	AM07	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
9	AM07	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
10	AM07	VC21 - Endokrine Chirurgie
11	AM07	VR06 - Endosonographie
12	AM07	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
13	AM07	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
14	AM07	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
15	AM07	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
16	AM07	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
17	AM07	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
18	AM07	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
19	AM07	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
20	AM07	VR02 - Native Sonographie
21	AM07	VC62 - Portimplantation
22	AM07	VC05 - Schrittmachereingriffe
23	AM07	VC24 - Tumorchirurgie
24	AM07	VD20 - Wundheilungsstörungen
25	Zentralambulanz	VC00 - („Sonstiges“)
26	Zentralambulanz	VC63 - Amputationschirurgie
27	Zentralambulanz	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
28	Zentralambulanz	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
29	Zentralambulanz	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
30	Zentralambulanz	VD12 - Dermatochirurgie
31	Zentralambulanz	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
32	Zentralambulanz	VC21 - Endokrine Chirurgie
33	Zentralambulanz	VR06 - Endosonographie
34	Zentralambulanz	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
35	Zentralambulanz	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
36	Zentralambulanz	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
37	Zentralambulanz	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
38	Zentralambulanz	VC20 - Nierenchirurgie
39	Zentralambulanz	VC62 - Portimplantation
40	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	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	63
2	5-534.33	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	15
3	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	13
4	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	11
5	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
6	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	4
7	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
8	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	< 4
9	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
10	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
11	5-530.73	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
12	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	< 4
13	5-536.0	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
14	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	< 4
15	5-056.7	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden	< 4
16	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	< 4
17	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiole: Laparoskopisch	< 4
18	5-530.5	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
19	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
20	5-493.60	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks): 1 Segment	< 4
21	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	< 4
22	5-859.18	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie	< 4
23	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
24	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	< 4
25	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	< 4
26	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	74
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	16
3	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	13
4	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	8
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	7
6	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	4
7	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
8	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
9	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
10	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
11	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
12	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
13	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	< 4
14	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
15	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
16	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
17	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
18	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4

B-[1500].10 ZULASSUNG ZUM DURCHGANGS-ARZTVERFAHREN DER BERUFGENOSSENSCHAFT

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

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	8,39	Fälle je VK/Person	187,034286
Beschäftigungsverhältnis	Mit 8,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,68	Stationär	6,71

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,81	Fälle je VK/Person	325,97403
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,96	Stationär	3,85

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

#	Zusatz-Weiterbildung
2	ZF34 - Proktologie
3	ZF28 - Notfallmedizin

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		11,7	Fälle je VK/Person	107,264961
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,7

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,31	Fälle je VK/Person	4048,387
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,31

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	4183,333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	4183,333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

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

Gesamt		0,02	Fälle je VK/Person	62750
--------	--	------	--------------------	-------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,02

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

Gesamt		1,19	Fälle je VK/Person	1054,62183
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,19

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,4	Fälle je VK/Person	896,4286
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,4

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	PQ22 - Intermediate Care Pflege
8	PQ12 - Notfallpflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP29 - Stroke Unit Care

#	Zusatzqualifikation
3	ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. Med. Guido Eickmann
Telefon	02104 773 128
Fax	02104 773 128
E-Mail	g.eickmann@evk-mettmann.de
Strasse	Gartenstraße
Hausnummer	4-8
PLZ	40822
Ort	Mettmann
URL	https://www.evk-mettmann.de/kliniken/gefaesschirurgie/

B-[1800].2 ZIELVEREINBARUNGEN MIT LEITENDEN ÄRZTEN UND ÄRZTINNEN

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden
--	---

Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

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

B-[1800].5 FALLZAHLEN DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Vollstationäre Fallzahl	276
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1800].6 HAUPTDIAGNOSEN NACH ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	48
2	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	31
3	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	27
4	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	23
5	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	22
6	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	12
7	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	9

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
8	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	7
9	A46	Erysipel [Wundrose]	7
10	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	6
11	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	5
12	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	5
13	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	5
14	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	4
15	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	4
16	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
19	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	< 4
20	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	< 4
21	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	< 4
22	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
23	I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie	< 4
24	L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
26	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	< 4
27	I72.8	Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien	< 4
28	L03.02	Phlegmone an Zehen	< 4
29	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	< 4
30	L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse	< 4

B-[1800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	134
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	27
3	L03	Phlegmone	13
4	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	12
5	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	12
6	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	10
7	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	9
8	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	8
9	I83	Varizen der unteren Extremitäten	7
10	A46	Erysipel [Wundrose]	7
11	I87	Sonstige Venenkrankheiten	6
12	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	5
13	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	< 4
14	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	< 4
15	S72	Fraktur des Femurs	< 4
16	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
18	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	< 4
19	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	< 4
20	S54	Verletzung von Nerven in Höhe des Unterarmes	< 4
21	I26	Lungenembolie	< 4
22	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
23	D22	Melanozytennävus	< 4
24	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	< 4
26	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	< 4
27	K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	< 4
28	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	< 4
29	I63	Hirnfarkt	< 4

B-[1800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1800].7 DURCHGEFÜHRTE PROZEDUREN NACH OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	80
2	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	63
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	44
4	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	43
5	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	39
6	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	39
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	38
8	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	34
9	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	32
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	32
11	5-395.70	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	31
12	5-380.72	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	26
13	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	25
14	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	23

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
15	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	23
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	23
17	5-381.54	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	22
18	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	22
19	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	20
20	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	19
21	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	18
22	5-380.53	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	18
23	5-380.54	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	17
24	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	16
25	5-393.53	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	15
26	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	15
27	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	14
28	5-380.83	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior	13
29	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	12
30	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	12

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	138
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	131

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	5-381	Enderarteriektomie	108
4	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	80
5	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	65
6	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	63
7	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	54
8	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	47
9	5-393	Anlegen eines anderen Shunt und Bypasses an Blutgefäßen	40
10	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	39
11	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	39
12	9-500	Patientenschulung	39
13	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	37
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	35
15	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	27
16	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	23
17	5-916	Temporäre Weichteildeckung	22
18	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	22
19	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	15
20	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	14
21	8-190	Spezielle Verbandstechniken	12
22	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	12
23	8-924	Invasives neurologisches Monitoring	11
24	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	11
25	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	10
26	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	10
27	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	10
28	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	9
29	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	9

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	8

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	AM08	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
2	AM08	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
3	AM08	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
4	AM08	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
5	AM08	VC58 - Spezialsprechstunde
6	AM08	VD20 - Wundheilungsstörungen
7	AM07	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
8	AM07	VR04 - Duplexsonographie
9	AM07	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
10	AM07	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
11	AM07	VR02 - Native Sonographie
12	AM07	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
13	AM07	VC58 - Spezialsprechstunde
14	AM07	VD20 - Wundheilungsstörungen
15	AM07	VC61 - Dialyseshuntchirurgie

#	Ambulanz	Leistung
16	AM07	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
17	AM07	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
18	AM08	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
19	AM08	VR04 - Duplexsonographie

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

B-[1800].9 AMBULANTE OPERATIONEN NACH § 115B SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	14
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
3	5-385.80	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	< 4
4	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
5	5-385.d0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	17
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4

B-[1800].10 ZULASSUNG ZUM DURCHGANGS-ARZTVERFAHREN DER BERUFGENOSSENSCHAFT

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[1800].11 PERSONELLE AUSSTATTUNG

B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	4,12	Fälle je VK/Person	83,63636
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,82	Stationär	3,3

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,12	Fälle je VK/Person	90,4918
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,07	Stationär	3,05

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ07 - Gefäßchirurgie

B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[1800].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	3,87	Fälle je VK/Person	71,31783
--------	------	--------------------	----------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,87

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,29	Fälle je VK/Person	951,7242
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,29

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,11	Fälle je VK/Person	2509,09082
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,11

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,06	Fälle je VK/Person	4600
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06

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

Gesamt		0,02	Fälle je VK/Person	13800
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,02

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

Gesamt		0,43	Fälle je VK/Person	641,8605
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,43

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,16	Fälle je VK/Person	1725
--------	--	------	-----------------------	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,16

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 z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
2	ZP03 - Diabetes z. B. Diabetesberatung
3	ZP14 - Schmerzmanagement Schmerzmanagement, Pain Nurse
4	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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe
Titel, Vorname, Name	Roman Bolotin
Telefon	02104 773 4810
Fax	02104 773 169
E-Mail	r.bolotin@evk-mettmann.de
Strasse	Gartenstraße
Hausnummer	4-8
PLZ	40822
Ort	Mettmann
URL	https://www.evk-mettmann.de/kliniken/gynaekologie-geburts-hilfe/

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	VG16 - Urogynäkologie <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>
2	VG12 - Geburtshilfliche Operationen <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>
3	VG06 - Gynäkologische Chirurgie <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>
4	VG07 - Inkontinenzchirurgie <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>
5	VG15 - Spezialsprechstunde <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 <i>Nach ambulanter Entbindung erfolgt postpartale Überwachung von mind. 4h</i>
7	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <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>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	<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>
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
9	<i>Siehe VG01. Dabei beschränken sich die Eingriffe auf das lokale Geschehen, sodass immer kosmetisch günstig operiert werden kann.</i>
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
10	<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>
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
11	<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>
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
12	<i>Siehe VG02</i>
	VG05 - Endoskopische Operationen
13	<i>Diese sind im Wesentlichen die operative Pelviskopie (Bauchspiegelung) auch mit Entfernung der Gebärmutter und die Hysteroskopie (Spiegelung der Gebärmutter), die als minimal-invasive Verfahren sowohl diagnostisch als auch therapeutisch eingesetzt werden.</i>
	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>

#	Medizinische Leistungsangebote
	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. Seit 2024 zertifizierte Endometrioseklinik.</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. Zweitmeinungssprechstunden bei Krankheiten der weiblichen Genitalorganen.</i>

B-[2400].5 FALLZAHLEN DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Vollstationäre Fallzahl	1608
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 HAUPTDIAGNOSEN NACH ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	385
2	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	71
3	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	53
4	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	49
5	O80	Spontangeburt eines Einlings	41
6	N81.1	Zystozele	40

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	38
8	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	37
9	N80.0	Endometriose des Uterus	36
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	35
11	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	34
12	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	26
13	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	24
14	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	17
15	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	16
16	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	15
17	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	15
18	N81.6	Rektozele	14
19	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	13
20	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	13
21	O20.0	Drohender Abort	13
22	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	13
23	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	13
24	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	11
25	O00.1	Tubargravidität	11
26	O65.4	Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet	11
27	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	11
28	N76.4	Abszess der Vulva	11
29	N83.0	Follikelzyste des Ovars	10
30	N80.1	Endometriose des Ovars	9

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	386
2	O70	Dammriss unter der Geburt	125
3	N81	Genitalprolaps bei der Frau	91
4	N80	Endometriose	85
5	D25	Leiomyom des Uterus	82
6	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	66
7	O80	Spontangeburt eines Einlings	41
8	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	39
9	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	35
10	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetal Gefahrenzustand]	35
11	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	34
12	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	28
13	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	22
14	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	20
15	O42	Vorzeitiger Blasensprung	16
16	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	15
17	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	15
18	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	15
19	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	14
20	O63	Protrahierte Geburt	14
21	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	13
22	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	13

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
23	O00	Extrauterin gravidität	12
24	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	12
25	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	12
26	O90	Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert	12
27	N73	Sonstige entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken	12
28	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	12
29	O62	Abnorme Wehentätigkeit	11
30	N70	Salpingitis und Oophoritis	11

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400].7 DURCHGEFÜHRTE PROZEDUREN NACH OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	364
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	226
3	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	156
4	5-983	Reoperation	131
5	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	89
6	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	79
7	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	76
8	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	71
9	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	69
10	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	68
11	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	65

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
12	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	63
13	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	61
14	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	56
15	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	55
16	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	55
17	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	51
18	5-569.01	Andere Operationen am Ureter: Freilegung des Ureters (zur Exploration): Laparoskopisch	49
19	5-683.03	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	44
20	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	44
21	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	42
22	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	39
23	5-569.31	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Laparoskopisch	36
24	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	34
25	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	30
26	5-933.1	Verwendung von Membranen oder sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen: (Teil-)resorbierbar	28
27	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	28
28	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	27
29	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	26
30	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	26

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
---	-------------------------	-----------------	--------

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	386
2	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	230
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	226
4	5-469	Andere Operationen am Darm	202
5	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	174
6	5-749	Andere Sectio caesarea	174
7	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	157
8	5-983	Reoperation	131
9	5-661	Salpingektomie	115
10	5-569	Andere Operationen am Ureter	110
11	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	108
12	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	87
13	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	85
14	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	79
15	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	77
16	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	76
17	5-653	Salpingoovariektomie	76
18	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	75
19	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	68
20	9-984	Pflegebedürftigkeit	48
21	5-658	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	38
22	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	37

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	35
24	5-656	Plastische Rekonstruktion des Ovars	32
25	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	30
26	5-933	Verwendung von Membranen oder sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen	28
27	5-738	Episiotomie und Naht	27
28	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	27
29	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	26
30	5-549	Andere Bauchoperationen	26

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	wie AM 11
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	wie AM 11
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
1	AM04	VG16 - Urogynäkologie
2	AM11	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
3	AM11	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

#	Ambulanz	Leistung
4	AM11	VG05 - Endoskopische Operationen
5	AM11	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
6	AM11	VG07 - Inkontinenzchirurgie
7	AM11	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
8	AM11	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
9	AM11	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
10	AM11	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
11	AM11	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
12	AM11	VG15 - Spezialsprechstunde
13	AM11	VG19 - Ambulante Entbindung
14	AM04	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

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	105
2	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	87
3	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	73
4	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	73
5	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	46
6	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	35
7	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	16
8	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	14

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	12
10	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	11
11	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	11
12	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	9
13	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7
14	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	6
15	1-460.2	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Harnblase	6
16	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	6
17	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	6
18	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	5
19	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage)	< 4
20	5-681.01	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision von Endometriumsynechien: Hysteroskopisch	< 4
21	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	< 4
22	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
23	5-671.11	Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Schlingenexzision	< 4
24	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	< 4
25	8-100.d	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Hysteroskopie	< 4
26	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
27	5-712.11	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Destruktion: Elektrokoagulation	< 4
28	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
29	5-681.82	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
30	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	206
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	105
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	76
4	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	35
5	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	22
6	5-671	Konisation der Cervix uteri	18
7	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	14
8	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	13
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	11
10	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	9
11	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	8
12	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	8
13	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7
14	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	6
15	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	5
16	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
17	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
18	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
19	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
20	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
21	5-572	Zystostomie	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
22	5-653	Salpingoovariektomie	< 4
23	5-701	Inzision der Vagina	< 4
24	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	< 4
25	5-660	Salpingotomie	< 4
26	5-661	Salpingektomie	< 4

B-[2400].10 ZULASSUNG ZUM DURCHGANGS-ARZTVERFAHREN DER BERUFGENOSSENSCHAFT

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

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	10,82	Fälle je VK/Person	185,6813
Beschäftigungsverhältnis	Mit 10,05	Ohne	0,77
Versorgungsform	Ambulant 2,16	Stationär	8,66

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	5,9	Fälle je VK/Person	321,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,13	Ohne	0,77
Versorgungsform	Ambulant 0,9	Stationär	5

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt	5,39	Fälle je VK/Person	298,330261
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	5,39

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

Gesamt	7,6	Fälle je VK/Person	211,578949
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	7,6

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,87	Fälle je VK/Person	859,893066
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,87

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,48	Fälle je VK/Person	3350
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,48	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,48
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		5,52	Fälle je VK/Person	291,304352
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,52

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,4	Fälle je VK/Person	4020
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,4

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

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

B-[3700] ANÄSTHESIE/ INTENSIV- UND NOTALLMEDIZIN

B-[3700].1 NAME DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesie/ Intensiv- und Notallmedizin

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	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/kliniken/anaesthesie-intensivmedizin/
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/kliniken/anaesthesie-intensivmedizin/

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	VX00 - („Sonstiges“): Intensivmedizin <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, Antibiotikaskcreening)</i>
	VX00 - („Sonstiges“): Notfallmedizin
2	<i>Die Leitung der Zentralen Notaufnahme liegt bei der Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin. Drei Notarzteinsetzfahrzeuge des Kreises Mettmann werden durch die Anästhesie besetzt und die Standortleitung liegt ebenfalls bei der Anästhesie.</i>
3	VX00 - („Sonstiges“): Schmerztherapie <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>

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	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1136
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	436
3	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	325
4	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	237
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	189
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	170
7	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	154
8	8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen	119
9	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	112
10	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	104
11	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	68
12	8-831.20	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Wechsel: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	37

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	32
14	8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	29
15	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	27
16	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	25
17	8-831.y	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: N.n.bez.	21
18	8-980.21	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	10
19	8-831.02	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine periphere Vene in ein zentralvenöses Gefäß	9
20	8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	7
21	8-980.40	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	5
22	8-980.31	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte	4
23	8-831.24	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Wechsel: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	4
24	8-831.01	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, retrograd	< 4
25	8-831.22	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Wechsel: Über eine periphere Vene in ein zentralvenöses Gefäß	< 4
26	8-980.51	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2485 bis 2760 Aufwandspunkte	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1136
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	628
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	468
4	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	237
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	189
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	170
7	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	154
8	8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen	119
9	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	112
10	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	27
11	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	25

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 BERUFGENOSSENSCHAFT

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

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	18,43	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 18,42	Ohne	0,01
Versorgungsform	Ambulant 1,85	Stationär	16,58

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,87	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 9,86	Ohne	0,01
Versorgungsform	Ambulant 0,99	Stationär	8,88

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
3	AQ23 - Innere Medizin

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
4	ZF30 - Palliativmedizin
5	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin

B-[3700].11.2 Pflegepersonal

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

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
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

#	Zusatzqualifikation
5	ZP14 - Schmerzmanagement <i>Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
6	ZP22 - Atmungstherapie
7	ZP08 - Kinästhetik

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

B-[0200] GERIATRIE

B-[0200].1 NAME DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatric

B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatric

B-[0200].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Geriatric
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rahime Gök-Manay
Telefon	02104 773 162
Fax	02104 773 169
E-Mail	r.goek-manay@evk-mettmann.de
Strasse	Gartenstraße
Hausnummer	4-8
PLZ	40822
Ort	Mettmann
URL	https://www.evk-mettmann.de/kliniken/geriatric/

B-[0200].2 ZIELVEREINBARUNGEN MIT LEITENDEN ÄRZTEN UND ÄRZTINNEN

Das Krankenhaus hält sich bei der
Vereinbarung von Verträgen mit leitenden

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden

Ärzten und Ärztinnen dieser
Organisationseinheit/Fachabteilung an die
Empfehlung der DKG vom 17. September 2014
nach § 135c SGB V

Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der
DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V
geschlossen

B-[0200].3 MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE DER ORGANISATIONSEINHEIT/FACHABTEILUNG

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>U.a.: Schwäche, Kraftabbau, geistiger Abbau, Mangelzustände, Ernährungsstörungen, medikamentöse Therapie, kognitive Geriatrie, Demenz und Verwirrheitszustände, Depression, Multimorbidität, Gerontokardiologie, Bewegungs- und Gangstörungen, Stürze/ Sturzneigung, Schluckstörungen, usw.</i>
2	VD20 - Wundheilungsstörungen <i>Wundmanager bzw. Wundmanagement, Chirurgie</i>
3	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels <i>U.a.: Erkrankungen bzw. Verletzungen des Bewegungsapparates und der Knochen; Alterstraumatologie (zusammen mit der Klinik für Unfallchirurgie, Alterstraumatologie).</i>
4	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
5	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
6	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
7	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
8	VI39 - Physikalische Therapie
9	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
10	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
11	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
12	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
13	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
14	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	VR02 - Native Sonographie
16	VR04 - Duplexsonographie

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
18	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
19	VI00 - („Sonstiges“)
20	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
21	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
22	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
23	VI40 - Schmerztherapie
24	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
25	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
26	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
27	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
28	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
29	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
30	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
31	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung <i>In Kooperation</i>
32	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung <i>In Kooperation</i>
33	VU15 - Dialyse <i>In Kooperation</i>
34	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

B-[0200].5 FALLZAHLEN DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Vollstationäre Fallzahl	332
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0200].6 HAUPTDIAGNOSEN NACH ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	57
2	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	34
3	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	19
4	E86	Volumenmangel	14
5	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	12
6	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	11
7	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	8
8	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	8
9	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	6
10	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	6
11	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	6
12	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	5
13	R55	Synkope und Kollaps	5
14	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	5
15	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	4
16	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	4
17	T79.68	Traumatische Muskelischämie sonstiger Lokalisation	4
18	S06.0	Gehirnerschütterung	4
19	S32.1	Fraktur des Os sacrum	4
20	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
21	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	< 4
22	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
23	R26.3	Immobilität	< 4
24	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	< 4
25	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
26	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
27	S20.2	Prellung des Thorax	< 4
28	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	< 4
29	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
30	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	< 4

B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	125
2	I50	Herzinsuffizienz	23
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	19
4	E86	Volumenmangel	14
5	S06	Intrakranielle Verletzung	9
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8
7	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	8
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	7
9	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	7
10	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6
11	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	6
12	R55	Synkope und Kollaps	5
13	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	5
14	N17	Akutes Nierenversagen	4
15	T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert	4
16	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4
17	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	4
18	M48	Sonstige Spondylopathien	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	< 4
20	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
21	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
22	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	< 4
23	I26	Lungenembolie	< 4
24	I95	Hypotonie	< 4
25	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4
26	R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	< 4
27	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	< 4
28	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
29	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	< 4
30	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	< 4

B-[0200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0200].7 DURCHGEFÜHRTE PROZEDUREN NACH OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	242
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	76
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	74
4	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	43
5	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	40
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	39

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
7	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	36
8	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	36
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	31
10	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	28
11	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	27
12	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	24
13	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	21
14	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	20
15	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	20
16	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	18
17	3-206	Native Computertomographie des Beckens	17
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	17
19	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	16
20	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	15
21	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	14
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	14
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	13
24	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	12
25	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	11

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	10
27	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	9
28	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	8
29	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	7
30	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	6

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	272
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	76
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	74
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	63
5	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	46
6	9-500	Patientenschulung	40
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	39
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	36
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	36
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	31
11	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	29
12	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	27
13	1-650	Diagnostische Koloskopie	23
14	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	21
15	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	20
16	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	18
17	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	17

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
18	3-206	Native Computertomographie des Beckens	17
19	9-984	Pflegebedürftigkeit	16
20	3-202	Native Computertomographie des Thorax	14
21	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	13
22	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	11
23	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	10
24	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	8
25	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	6
26	3-201	Native Computertomographie des Halses	6
27	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
28	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	5
29	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	5
30	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	4

B-[0200].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0200].8 AMBULANTE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

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

B-[0200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0200].9 AMBULANTE OPERATIONEN NACH § 115B SGB V

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

B-[0200].10 ZULASSUNG ZUM DURCHGANGS-ARZTVERFAHREN DER BERUFSGENOSSENSCHAFT

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

Stationäre BG-Zulassung	Nein
-------------------------	------

B-[0200].11 PERSONELLE AUSSTATTUNG

B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	3,69	Fälle je VK/Person	89,9729
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	3,69

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	2,94	Fälle je VK/Person	112,925171
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2,94

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
3	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF07 - Diabetologie
3	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
4	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[0200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		10,52	Fälle je VK/Person	31,55893
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,52

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,23	Fälle je VK/Person	148,878922
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,23

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,2	Fälle je VK/Person	1660
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

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

Gesamt		1,49	Fälle je VK/Person	222,818787
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,49

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,05	Fälle je VK/Person	6640
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,05

B-[0200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ20 - Praxisanleitung

B-[0200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP20 - Palliative Care
4	ZP25 - Gerontopsychiatrie
5	ZP07 - Geriatrie

B-[0200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2800] NEUROLOGIE

B-[2800].1 NAME DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Neurologie

B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

B-[2800].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Arzt / Leitende Ärztin
-------------	----------------------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Neurologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Bert Bosche
Telefon	02104 773 1810
Fax	02104 773 169
E-Mail	b.bosche@evk-mettmann.de
Strasse	Gartenstraße
Hausnummer	4-9
PLZ	40822
Ort	Mettmann
URL	https://www.evk-mettmann.de/kliniken/neurologie/

B-[2800].2 ZIELVEREINBARUNGEN MIT LEITENDEN ÄRZTEN UND ÄRZTINNEN

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden
--	---

Ärzten und Ärztinnen dieser
Organisationseinheit/Fachabteilung an die
Empfehlung der DKG vom 17. September 2014
nach § 135c SGB V

Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der
DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V
geschlossen

B-[2800].3 MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE DER ORGANISATIONSEINHEIT/FACHABTEILUNG

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
2	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
3	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
4	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
5	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
6	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
7	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
8	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
9	VN09 - Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
10	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
11	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
12	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
13	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
14	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
15	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
16	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
17	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
18	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
19	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
	VN21 - Neurologische Frührehabilitation
20	<i>Im Rahmen der Stoke-Unit-Komplexbehandlung sowie der Neurogeriatrischen Komplexbehandlung können wir eine neurologische Frührehabilitation anbieten</i>
21	VN22 - Schlafmedizin <i>In Kooperation mit hiesigen pneumologischen MVZ-Mettmann sowie mit dem Schlaflabor Düsseldorf</i>
22	VN23 - Schmerztherapie
23	VN24 - Stroke Unit
24	VO00 - („Sonstiges“)

B-[2800].5 FALLZAHLEN DER ORGANISATIONSEINHEIT / FACHABTEILUNG

Vollstationäre Fallzahl	378
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 HAUPTDIAGNOSEN NACH ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	25
2	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	25
3	R42	Schwindel und Taumel	23
4	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	20
5	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	18
6	H81.2	Neuropathia vestibularis	14
7	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	13
8	G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	11
9	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	11
10	R51	Kopfschmerz	10

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
11	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	8
12	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	6
13	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	6
14	G51.0	Fazialisparese	6
15	R55	Synkope und Kollaps	4
16	E86	Volumenmangel	4
17	R20.2	Parästhesie der Haut	4
18	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	4
19	G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	4
20	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	4
21	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	4
22	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	4
23	G44.2	Spannungskopfschmerz	4
24	G45.83	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	4
25	A69.2	Lyme-Krankheit	< 4
26	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	< 4
27	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	< 4
28	R20.1	Hypästhesie der Haut	< 4
29	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
30	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	< 4

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	78

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	67
3	H81	Störungen der Vestibularfunktion	25
4	R42	Schwindel und Taumel	23
5	G40	Epilepsie	12
6	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	11
7	R51	Kopfschmerz	10
8	I61	Intrazerebrale Blutung	10
9	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	9
10	G62	Sonstige Polyneuropathien	8
11	G43	Migräne	7
12	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	7
13	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	6
14	S06	Intrakranielle Verletzung	5
15	E86	Volumenmangel	4
16	R55	Synkope und Kollaps	4
17	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	4
18	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	4
19	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4
20	G30	Alzheimer-Krankheit	< 4
21	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4
22	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	< 4
23	A69	Sonstige Spirochäteninfektionen	< 4
24	G41	Status epilepticus	< 4
25	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	< 4
26	G91	Hydrozephalus	< 4
27	F01	Vaskuläre Demenz	< 4
28	A87	Virusmeningitis	< 4
29	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
30	G00	Bakterielle Meningitis, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800].7 DURCHGEFÜHRTE PROZEDUREN NACH OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	184
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	102
3	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	74
4	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	70
5	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	66
6	8-98b.20	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	56
7	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	53
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	42
9	3-84x	Andere Magnetresonanz-Spezialverfahren	39
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	35
11	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	30
12	1-20a.31	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Video-Kopfimpulstest	28
13	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	26
14	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	26
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	19
16	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	18
17	1-207.x	Elektroenzephalographie [EEG]: Sonstige	17
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	16
19	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	16
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	14

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	12
22	3-824.x	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: Sonstige	11
23	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	10
24	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	9
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	8
26	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	7
27	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	7
28	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	7
29	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	7
30	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	6

B-[2800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	184
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	129
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	102
4	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	74
5	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	70
6	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	66
7	8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	60
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	53
9	3-84x	Andere Magnetresonanz-Spezialverfahren	39
10	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	35
11	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	31

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	1-20a	Andere neurophysiologische Untersuchungen	28
13	8-020	Therapeutische Injektion	26
14	9-500	Patientenschulung	26
15	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	16
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	14
17	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	12
18	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	11
19	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	11
20	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	10
21	9-404	Neuropsychologische Therapie	8
22	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	7
23	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	7
24	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	7
25	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	7
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	6
27	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	6
28	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	5
29	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	5
30	1-210	Nicht invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Klärung eines Verdachts auf Epilepsie oder einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation	4

B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2800].8 AMBULANTE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	<i>Im Rahmen der Privatambulanz wird eine Neurovaskuläre Spezialsprechstunde sowie eine weitere für Cerebrovaskuläre Gehirngesundheit (Healthy Aging) angeboten</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[2800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2800].9 AMBULANTE OPERATIONEN NACH § 115B SGB V

B-[2800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2800].10 ZULASSUNG ZUM DURCHGANGS-ARZTVERFAHREN DER BERUFSGENOSSENSCHAFT

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

B-[2800].11 PERSONELLE AUSSTATTUNG

B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,36	Fälle je VK/Person	70,52239
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,36

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,08	Fälle je VK/Person	181,730774
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,08

B-[2800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ42 - Neurologie

B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF37 - Rehabilitationswesen
3	ZF15 - Intensivmedizin
4	ZF28 - Notfallmedizin

B-[2800].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		3,76	Fälle je VK/Person	100,531921
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,76

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,56	Fälle je VK/Person	242,3077
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,56

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,34	Fälle je VK/Person	1111,76465
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,34

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,07	Fälle je VK/Person	5400
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,07

B-[2800].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	PQ21 - Casemanagement

B-[2800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP07 - Geriatrie
2	ZP16 - Wundmanagement

B-[2800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C

QUALITÄTSSICHERUNG

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	67
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	67
09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	8
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	
Fallzahl	25
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	25
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	326
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	326
16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	389
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	389
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	87
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	87
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	227
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	227
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	223
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	223
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	232
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	232
HEP_IMP - Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	212
Dokumentationsrate	100,47
Anzahl Datensätze Standort	213
HEP_WE - Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	22
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	22
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	64
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	64
KEP_IMP - Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	63
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	63
KEP_WE - Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	896
Dokumentationsrate	100,33
Anzahl Datensätze Standort	899

C-1.2 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSSICHERUNG

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten	
Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Rechnerisches Ergebnis	81,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,20 - 91,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38

Beobachtete Ereignisse	31
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\geq 75,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 2,50 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56008
--------------------	--------------

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,26
Fallzahl	
Grundgesamtheit	964
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

4. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Rechnerisches Ergebnis	97,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,39 - 99,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	70
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
5. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorenergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 2,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56101

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,62 - 3,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen

Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	89,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,29 - 93,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

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

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

Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	88,68

Vertrauensbereich Krankenhaus	86,29 - 90,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	84,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,47 - 86,29

Fallzahl

Grundgesamtheit	70
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

10. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

	Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	68,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	63,98 - 73,31

Fallzahl

Grundgesamtheit	55
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

11. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

Ergebnis-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere

	Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	85,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,04 - 94,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	48
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

12. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen

Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf

	schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	80,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,80 - 86,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	55
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor	
Ergebnis-ID	56109
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Rechnerisches Ergebnis	89,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,54 - 93,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	55
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
14. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen	
Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Rechnerisches Ergebnis	86,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,62 - 93,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung	
Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Rechnerisches Ergebnis	79,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,54 - 83,40
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente	
Ergebnis-ID	56112
	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten

Leistungsbereich	Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Rechnerisches Ergebnis	63,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	57,09 - 69,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Rechnerisches Ergebnis	62,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	44,92 - 78,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

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

18. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Rechnerisches Ergebnis	93,75

Vertrauensbereich Krankenhaus	70,76 - 99,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Rechnerisches Ergebnis	66,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	55,85 - 77,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

	Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	92,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,61 - 97,82

Fallzahl

Grundgesamtheit	70
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

21. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere

	Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 1,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	55
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht

	wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,83 - 1,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 2,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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	das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,84 - 2,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	222
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	6,11
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
25. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58002

Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 2,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	222
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)

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

26. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,51

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 1,64
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58001
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02

Rechnerisches Ergebnis	2,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,26 - 3,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	175
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	6,98
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
28. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58005
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00

Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 1,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	175
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,16

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	58006
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 2,62

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen

	Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs- verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,28
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
31. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%

Bundesergebnis	7,57
Vertrauensbereich bundesweit	7,37 - 7,78
Rechnerisches Ergebnis	6,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,20 - 14,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen

	Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs- verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 0,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	12,20
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,37 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 4,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,64 - 1,64
Fallzahl	
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	13,42
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,12 - 3,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	4,29

36. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Rechnerisches Ergebnis	4,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,27 - 10,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. 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)

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

Fachlicher Hinweis IQTIG	auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,31 - 0,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	18,00
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der

geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 2,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der

	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 1,56

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

40. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine

	fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 1,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	6,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
41. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG	einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,71 - 4,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,22
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 2,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,86
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskgelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,09

44. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,82 - 4,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,96
45. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 0,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	186
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	15,80
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
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 während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54013

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	1,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 6,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)

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

47. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	1,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 3,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	122

Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	6,58

48. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00

Rechnerisches Ergebnis	0,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 1,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,02
Vertrauensbereich bundesweit	94,45 - 95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,04
Vertrauensbereich bundesweit	99,00 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,31 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	139
Beobachtete Ereignisse	139
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

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

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,10 - 1,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	388
Beobachtete Ereignisse	139
Erwartete Ereignisse	110,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,28 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
52. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%

Bundesergebnis	19,89
Vertrauensbereich bundesweit	19,70 - 20,08
Rechnerisches Ergebnis	24,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	16,89 - 34,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	23

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

Ergebnis-ID	182300_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	34,02
Vertrauensbereich bundesweit	33,69 - 34,35
Rechnerisches Ergebnis	44,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	32,15 - 56,71

Fallzahl

Grundgesamtheit	59
Beobachtete Ereignisse	26

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

Ergebnis-ID	182301_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter

	folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

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

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,02
Vertrauensbereich bundesweit	3,93 - 4,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	182302_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5

Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	7,92
Vertrauensbereich bundesweit	7,69 - 8,16
Rechnerisches Ergebnis	20,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,90 - 33,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	9

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

Ergebnis-ID	182303_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	182004_52249
--------------------	---------------------

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	73,47
Vertrauensbereich bundesweit	73,19 - 73,75
Rechnerisches Ergebnis	85,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,84 - 92,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	47

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

Ergebnis-ID	182005_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,11
Vertrauensbereich bundesweit	92,72 - 93,48
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

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

Ergebnis-ID	182006_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	87,13
Vertrauensbereich bundesweit	86,47 - 87,77
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

61. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

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

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

Ergebnis-ID	182008_52249
--------------------	---------------------

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

63. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182009_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	47,41
Vertrauensbereich bundesweit	46,87 - 47,95
Rechnerisches Ergebnis	53,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	29,14 - 76,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	7

64. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,26 - 0,52
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

65. Übersäuerung des Nabelschnurlutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

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

Bundesergebnis	0,27
Vertrauensbereich bundesweit	0,25 - 0,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

66. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51397
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	2,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,59 - 7,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

67. 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	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,30
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,67
Vertrauensbereich bundesweit	96,41 - 96,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	2,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,21 - 5,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	372

Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	2,81
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,23 - 1,60

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 34,23

Fallzahl

Grundgesamtheit	372
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11

71. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	5,01

Vertrauensbereich Krankenhaus	1,95 - 12,72
-------------------------------	--------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	372
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	0,80

72. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 5,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

73. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,18 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	2,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,62 - 8,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

74. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	249
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,31

75. 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-GE BH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	224
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19

76. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Sauglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181802_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 26,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13
77. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen	
Ergebnis-ID	182010

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,12
Vertrauensbereich bundesweit	0,10 - 0,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182011
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?

	Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	2,63
Vertrauensbereich bundesweit	2,53 - 2,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,66 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,49
Vertrauensbereich bundesweit	8,36 - 8,62
Rechnerisches Ergebnis	10,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,66 - 13,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	388
Beobachtete Ereignisse	40
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,76 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
80. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten	
Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
81. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 2,10
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%
Bundesergebnis	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	95,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,80 - 97,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	250
Beobachtete Ereignisse	238
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

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

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 5,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur

eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 3,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,95

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG	Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
88. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde	
Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%

Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

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

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

92. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
93. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	131801

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 - 4,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 3,12 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239- 254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,50 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	66

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

95. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,32

Fallzahl

Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	7,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,25 - 34,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
97. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	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	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,30
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
98. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	132001
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von

	Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	0,27
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem

	Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 57,98

Fallzahl

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

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

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

102. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.

	Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	6,98
Vertrauensbereich bundesweit	3,24 - 14,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

103. 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	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu

	Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	4,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 18,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus

Fachlicher Hinweis IQTIG	folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 26,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11

105. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162301
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,67
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8

Beobachtete Ereignisse	0
106. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war	
Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
107. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war	
Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche

Fachlicher Hinweis IQTIG	Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,56 - 2,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

108. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,76 - 3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
109. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

111. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162304
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,83
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

112. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%

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

113. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 3,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

114. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher

Fachlicher Hinweis IQTIG	findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,05
Vertrauensbereich bundesweit	2,43 - 3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

115. 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	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	92,31

Vertrauensbereich bundesweit	92,01 - 92,60
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,47 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

116. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der

	Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 1,31

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

117. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
118. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

119. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

120. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

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

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

121. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

122. 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
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG	Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
123. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?

	Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	97,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,35 - 99,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

124. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11

Rechnerisches Ergebnis	2,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,10 - 6,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	174
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

125. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den Methodischen Grundlagen unter folgendem Link entnommen werden: Methodische Grundlagen des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der

	Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 0,53

Fallzahl

Grundgesamtheit	11780
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	72,03

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 0,28
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11780

Beobachtete Ereignisse 22

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 0,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	11780
Beobachtete Ereignisse	4

128. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11780
Beobachtete Ereignisse	0
129. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11780
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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	https://www.clinotel-qualitaetsergebnisse.de/Krankheitsbildsuche/Ev-Krankenhaus-Mettmann/1
---------------	---

Behandlung von Trauma-Patienten

Leistungsbereich	Sicherstellung und kontinuierliche Verbesserung der bestmöglichen Versorgungsqualität für schwerverletzte Patienten
------------------	---

Ergebnis	Qualitätsbericht mit Benchmark
----------	--------------------------------

Messzeitraum	jährlich
--------------	----------

Datenerhebung	Dateneigabe im Trauma-Register DGU
---------------	------------------------------------

C-5 UMSETZUNG DER MINDESTMENGENREGELUNGEN - BEGRÜNDUNGEN BEI NICHTERREICHEN DER MINDESTMENGE

C-5.1 LEISTUNGSBEREICHE, FÜR DIE GEMÄSS DER FÜR DAS BERICHTSJAHR GELTENDEN MINDESTMENGENREGELUNGEN MINDESTMENGEN FESTGELEGT SIND

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge	55
-----------------	----

C-5.2 ANGABEN ZUM PROGNOSEJAHR

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	55
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	64

C-6 UMSETZUNG VON BESCHLÜSSEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 136 ABS. 1 SATZ 1 NR. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

C-6.1 QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE FRÜH- UND REIFGEBORENE (QFR-RL)

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

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

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

C-6.2 RICHTLINIE ZUR VERSORGUNG DER HÜFTGELENKNAHEN FEMURFRAKTUR (QSFFX-RL)

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

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-

RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.

Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.

- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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	47
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	37
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	37

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 %
2	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Akutstation - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Akutstation - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Akutstation - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - Chest Pain Unit - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
6	Innere Medizin, Kardiologie - Chest Pain Unit - Nachtschicht	100 %
7	Intensivmedizin - Intensivpflegestation - Tagschicht	100 %
8	Intensivmedizin - Intensivpflegestation - Nachtschicht	100 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - Station 1 - Tagschicht	100 %
10	Innere Medizin, Kardiologie - Station 1 - Nachtschicht	100 %
11	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2 Chirurgie - Tagschicht	100 %
12	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2 Chirurgie - Nachtschicht	100 %
13	Neurologie - Station 2 Chirurgie - Tagschicht	100 %
14	Neurologie - Station 2 Chirurgie - Nachtschicht	100 %
15	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 2 Gyn-Geb - Tagschicht	100 %
16	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 2 Gyn-Geb - Nachtschicht	100 %
17	Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 Geri / Palli - Tagschicht	100 %
18	Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 Geri / Palli - Nachtschicht	100 %
19	Geriatric - Station 3 Geri / Palli - Nachtschicht	100 %
20	Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 Kardio - Tagschicht	100 %
21	Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 Kardio - Nachtschicht	100 %
22	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 3E - Tagschicht	100 %
23	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 3E - Nachtschicht	100 %
24	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4 - Tagschicht	100 %
25	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4 - Nachtschicht	100 %
26	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4E - Tagschicht	100 %
27	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4E - Nachtschicht	100 %
28	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4E - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
29	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4E - Nachtschicht	100 %

C-8.2 SCHICHTBEZOGENER ERFÜLLUNGSGRAD DER PPUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Akutstation - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Akutstation - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Akutstation - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Akutstation - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - Chest Pain Unit - Tagschicht	100 %
6	Innere Medizin, Kardiologie - Chest Pain Unit - Nachtschicht	100 %
7	Intensivmedizin - Intensivpflegestation - Tagschicht	99,45 %
8	Intensivmedizin - Intensivpflegestation - Nachtschicht	100 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - Station 1 - Tagschicht	99,73 %
10	Innere Medizin, Kardiologie - Station 1 - Nachtschicht	100 %
11	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2 Chirurgie - Tagschicht	100 %
12	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2 Chirurgie - Nachtschicht	100 %
13	Neurologie - Station 2 Chirurgie - Tagschicht	100 %
14	Neurologie - Station 2 Chirurgie - Nachtschicht	100 %
15	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 2 Gyn-Geb - Tagschicht	100 %
16	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 2 Gyn-Geb - Nachtschicht	100 %
17	Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 Geri / Palli - Tagschicht	100 %
18	Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 Geri / Palli - Nachtschicht	100 %
19	Geriatric - Station 3 Geri / Palli - Nachtschicht	100 %
20	Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 Kardio - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
21	Innere Medizin, Kardiologie - Station 3 Kardio - Nachtschicht	99,73 %
22	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 3E - Tagschicht	99,73 %
23	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 3E - Nachtschicht	99,18 %
24	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4 - Tagschicht	99,45 %
25	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4 - Nachtschicht	100 %
26	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4E - Tagschicht	99,73 %
27	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 4E - Nachtschicht	100 %
28	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4E - Tagschicht	99,73 %
29	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4E - Nachtschicht	100 %

C-9 UMSETZUNG DER PERSONALAUSSTATTUNG PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIKRICHTLINIE (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-10 UMSETZUNG VON ANFORDERUNGEN AN DIE ANWENDUNG VON ARZNEIMITTELN FÜR NEUARTIGE THERAPIEN

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die

Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein

Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen

Gartenstraße 4–8 · 40822 Mettmann

Tel. 02104 773-0 · Fax 02104 773-355

info@evk-mettmann.de

WWW.EVK-METTMANN.DE