

# Strukturierter Qualitätsbericht 2024



## Inhaltsverzeichnis

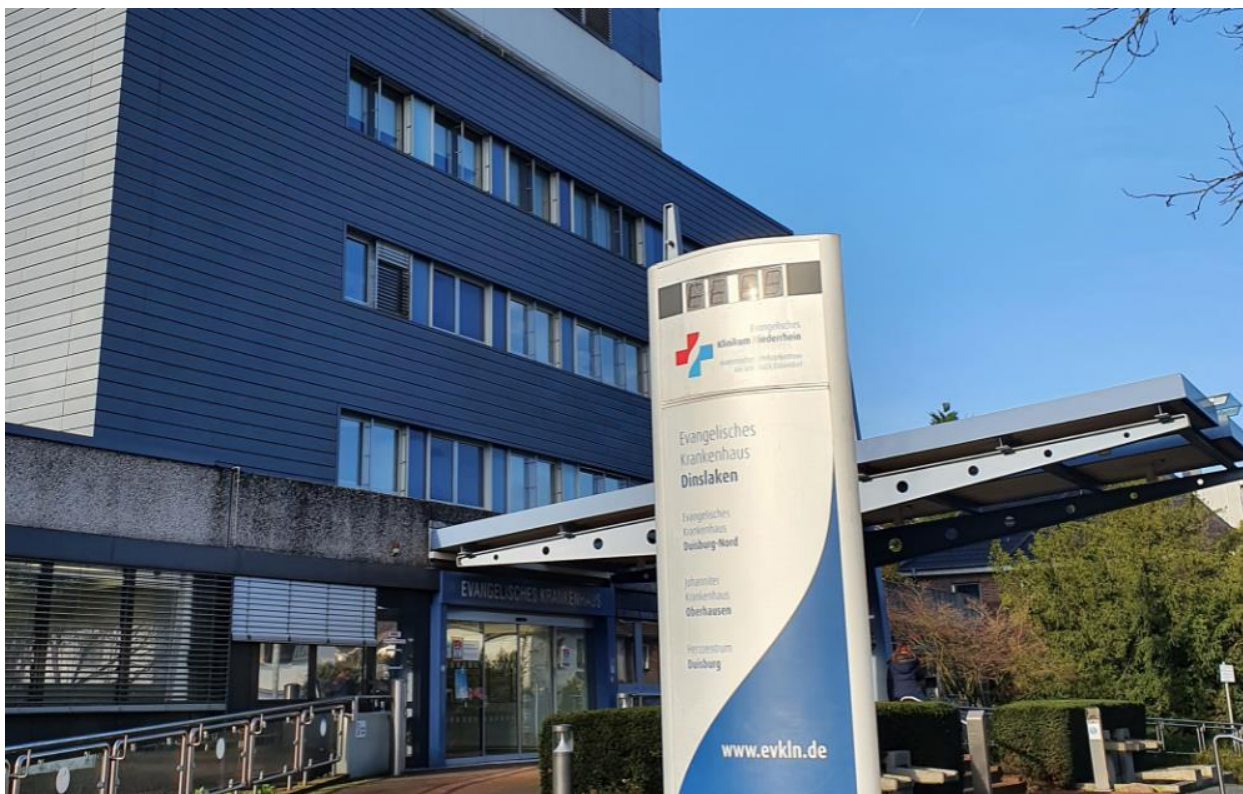
<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses</b> .....	<b>6</b>
<b>A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses</b> .....	<b>6</b>
<b>A-2 Name und Art des Krankenhausträgers</b> .....	<b>7</b>
<b>A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus</b> .....	<b>7</b>
<b>A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses</b> .....	<b>8</b>
<b>A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses</b> .....	<b>9</b>
<b>A-7 Aspekte der Barrierefreiheit</b> .....	<b>9</b>
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....	9
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit .....	9
<b>A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses</b> .....	<b>10</b>
<b>A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus</b> .....	<b>10</b>
<b>A-10 Gesamtfallzahlen</b> .....	<b>10</b>
<b>A-11 Personal des Krankenhauses</b> .....	<b>11</b>
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	11
A-11.2 Pflegepersonal .....	11
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal .....	13
A-11.3.2 Genesungsbegleitung .....	13
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal .....	13
<b>A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung</b> .....	<b>18</b>
A-12.1 Qualitätsmanagement .....	18
A-12.2 Klinisches Risikomanagement .....	18
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	20
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	22
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit .....	22
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt .....	24
<b>A-13 Besondere apparative Ausstattung</b> .....	<b>24</b>
<b>A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V</b> .....	<b>25</b>
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung .....	25
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....	25
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) .....	25
<b>Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen</b> .....	<b>26</b>
B-[1].1 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie .....	26
B-[2].1 Klinik für Innere Medizin .....	33
B-[3].1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin .....	40
B-[4].1 Klinik für Gefäßchirurgie .....	45
B-[5].1 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie .....	51
B-[6].1 Klinik für Kardiologie, Angiologie und Elektrophysiologie .....	59
B-[7].1 Klinik für Wirbelsäulenchirurgie .....	65
B-[8].1 Zentrale Abteilung für Radiologie .....	70
B-[9].1 Zentrale Abteilung für Neuroradiologie .....	76
B-[10].1 Zentrale Abteilung für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin .....	81
B-[11].1 Sektion Palliativmedizin .....	85
B-[12].1 Sektion Altersmedizin .....	90
B-[13].1 Sektion Schmerzmedizin .....	95
<b>Teil C - Qualitätssicherung</b> .....	<b>100</b>
<b>C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V</b> .....	<b>100</b>
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	100
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	102
<b>C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V</b> .....	<b>203</b>
<b>C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V</b> .....	<b>203</b>
<b>C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung</b> .....	<b>203</b>
<b>C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V</b> .....	<b>205</b>
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr .....	205
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr .....	205
<b>C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")</b> .....	<b>205</b>
C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) .....	206

---

<b>C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V</b> .....	206
<b>C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr</b> .....	206
<b>C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):</b> .....	210
<b>C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien</b> .....	210

## Einleitung

### Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Das Evangelische Krankenhaus Dinslaken.

### Einleitungstext

#### Das Evangelische Klinikum Niederrhein steht in christlicher Tradition für fachkompetente Fürsorge in der Region.

An vier Standorten deckt unser Verbund mit seinen Fachkliniken und medizinischen Zentren ein breites medizinisches Spektrum ab. In intensivem Austausch und enger Zusammenarbeit gewährleisten unsere Fachärzte, unsere medizinischen Mitarbeiter und unsere Pflegekräfte eine umfassende interdisziplinäre Behandlung und Versorgung der Patienten.

Die Verpflichtung zur Veröffentlichung des strukturierten Qualitätsberichtes begreifen wir als Chance, das Leistungsgeschehen in unserem Krankenhaus darlegen zu können. Im Mittelpunkt steht die ganzheitliche medizinische und pflegerische Versorgung unserer Patienten und ihrer Angehörigen. Hierbei realisieren wir in unserem Haus ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz in kooperativer, interdisziplinärer und berufsgruppen-übergreifender Zusammenarbeit.

#### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Marius Deumens
Position	Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragter
Telefon	0203 / 508 - 1438
Fax	0203 / 508 - 1433
E-Mail	marius.deumens@evkln.de

#### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dr. Anna Broich
Position	Leiterin der Stabsstelle Qualitätsmanagement
Telefon	0203 / 508 - 1435
Fax	0203 / 508 - 1433
E-Mail	anna.broich@evkln.de

**Weiterführende Links**

URL zur Homepage

<http://www.evkl.n.de/>

URL für weitere Informationen

<https://www.evkl.n.de/der-verbund.html>

Weitere Links

- <https://www.evkl.n.de/qualitaetsmanagement.html> ( Qualitätsberichte )
-

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH
Institutionskennzeichen	260510325
Hausanschrift	Fahrner Str. 133-135 47169 Duisburg
Postanschrift	Fahrner Str. 133-135 47169 Duisburg
Telefon	0203 / 508 - 00
E-Mail	info@evkln.de
Internet	http://www.evkln.de

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Daniel Vallböhrer	Ärztlicher Direktor	0203 / 508 - 1141		daniel.vallboehmer@evkln.de

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Heike Lüttring	Pflegedirektorin	0203 / 508 - 1340	0203 / 508 - 1343	heike.luettring@evkln.de

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Kfm. Franz Hafner	Vorsitzender der Geschäftsführung	0203 / 508 - 1400	0203 / 508 - 1403	geschaeftsfuehrung@evkln.de
Dr. med. Andreas Sander	Medizinischer Geschäftsführer	0203 / 508 - 1500	0203 / 508 - 1403	mgf@evkln.de

#### II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Evangelisches Krankenhaus Dinslaken
Institutionskennzeichen	260510325
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771258000
Hausanschrift	Kreuzstraße 28 46535 Dinslaken
Postanschrift	Kreuzstraße 28 46535 Dinslaken
Internet	https://www.evkln.de/evangelisches-krankenhaus-dinslaken.html

#### Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
PD Dr. med. Edmund Purucker	Ärztlicher Direktor Betriebsteil 4	0203 / 508 - 1121	0203 / 508 - 1123	edmund.purucker@evkln.de

#### Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Hagen Fleischmann	Örtliche Pflegedienstleitung	0206 / 442 - 2106	0206 / 442 - 1343	hagen.fleischmann@evkln.de

#### Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
------	----------	---------	-----	--------

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Kfm. Franz Hafner	Vorsitzender der Geschäftsführung	0203 / 508 - 1400	0203 / 508 - 1403	geschaeftsfuehrung@evkln.de

## A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Name	Stiftung zur Förderung Evangelischer Krankenhäuser - Verband zur Förderung evangelischer Krankenhäuser
Art	freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	◦ Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Angehörigenseminare Familiäre Pflege
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Über den Sozialen Dienst
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Sturzprophylaxe, familiäre Pflege, Stoma, Spezialsprechstunden
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	In Eigenregie und Kooperation mit lokalen Sanitätshäusern
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Darmkrebselbsthilfegruppe, Adipositaselbsthilfegruppe
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeiterprobung	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Informationsveranstaltungen zu ausgewählten Erkrankungen
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Wohnstift Walter Cordes, Johanniterhaus Oberhausen-Sterkrade

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

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Hagen Fleischmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Telefon	0203 / 508 - 2106
Fax	
E-Mail	hagen.fleischmann@evkln.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL09	Doktorandenbetreuung	

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	237
-------------------	-----

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	6942
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	13218
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	50,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	50,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	50,01

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	35,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	35,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	35,65
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

#### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,25

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,25

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	188,91
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	188,91
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	16,58
Stationäre Versorgung	172,33

#### davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	16,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

## Evangelisches Krankenhaus Dinslaken

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	16,57

**Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,06

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	13,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	13,65

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	0,92
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,92

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	7,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,65

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	4,49

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	0,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,45
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,45

**Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,5

**Evangelisches Krankenhaus Dinslaken**

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,5

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	6,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,5

**Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	19,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,40
Stationäre Versorgung	19,39

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	17,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	17,99
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal**
**A-11.3.2 Genesungsbegleitung**
**Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter**

Anzahl Personen	
-----------------	--

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistentin und Diätassistent (SP04)
Anzahl Vollkräfte	1,99
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,99
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,99
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	0,92
Kommentar / Erläuterung	

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,92
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal

Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker (SP14)

Anzahl Vollkräfte	1,4
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,4
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,4
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal

Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister (SP15)

Anzahl Vollkräfte	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal

Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler) (SP17)

Anzahl Vollkräfte	0,7
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,7
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,7
Kommentar / Erläuterung	

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	8,17
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,17
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	8,17
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	0,86
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,86
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)
Anzahl Vollkräfte	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26)
Anzahl Vollkräfte	0,5
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,5
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
-------------------------------------	---

## Evangelisches Krankenhaus Dinslaken

Anzahl Vollkräfte	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)
Anzahl Vollkräfte	1,5
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,5
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)
Anzahl Vollkräfte	4,4
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,4
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	4,4
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) (SP55)
Anzahl Vollkräfte	5,49
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,49
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	5,49
Kommentar / Erläuterung	

## Evangelisches Krankenhaus Dinslaken

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56)
Anzahl Vollkräfte	6,5
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,5
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	6,5
Kommentar / Erläuterung	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med. Andreas Sander
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Medizinischer Geschäftsführer
Telefon	0203 / 508 - 1500
Fax	
E-Mail	mgf@evkln.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	- Geschäftsführung - Ärztliche Direktoren - Pflegedirektorin - Ltg. Personalabteilung - Ltg. Patientenmanagement - Ltg. Medizincontrolling - Mitarbeitervertretung - Qualitätsmanagementbeauftragter
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med. Andreas Sander
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Medizinischer Geschäftsführer
Telefon	0203 / 508 - 1500
Fax	
E-Mail	mgf@evkln.de

#### A-12.2.2 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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikomatrix 2025-08-01
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Diverse Dokumente im Bereich der Kliniken zum Umgang mit Med. Notfällen und Komplikationen 2019-01-01
RM05	Schmerzmanagement	Expertenstandard Schmerzmanagement 2022-10-01
RM06	Sturzprophylaxe	Sturzprophylaxe 2022-10-01
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2022-10-01
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Anordnung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen 2023-06-01

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Organisationshandbuch MPG EVKLN 2023-08-01
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Diverse Dokumente zur Patientenaufklärung 2022-06-01
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	roXtra-ID: 9978 2023-04-01
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Einsatz von Patientenidentifikationsbändern 2022-10-01
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Diverse Dokumente für die postoperative Versorgung vorhanden 2019-08-01
RM18	Entlassungsmanagement	Entlassungsmanagement 2022-11-01

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Etablierung eines CIRS-Systems Etablierung von Störmeldemodulen Veränderungen von klinischen Prozessabläufen Klinikumsweite Einführung von Patientenarmbändern, Etablierung von versch. Kommissionen.

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2024-09-01
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	andere Frequenz

#### Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF06	CIRS NRW (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	9	Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen
Hygienefachkräfte (HFK)	2	Alle Hygienefachkräfte sind unter der zentralen Nummer 0203 508 5444 zu erreichen.
Hygienebeauftragte in der Pflege	18	10,75
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

### Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Stefan Alexander Simon
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhaushygieniker
Telefon	0203 / 508 - 5053
Fax	
E-Mail	stefanalexander.simon@evkln.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### Standard Liegedauer ZVK

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken

Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe 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?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	343 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	410 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten 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).	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> ITS-KISS <input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS <input checked="" type="checkbox"/> OP-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	Regelmäßige Überprüfung
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	Online Unterweisung

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Annette von Wolff	Qualitätsmanagementbeauftragte	0203 / 508 - 5431		Beschwerden@evkln.de
Marius Deumens	Qualitätsmanagementbeauftragter	0203 / 508 - 1438		Beschwerden@evkln.de
Dr. Anna Broich	Leitung Qualitätsmanagement	0203 / 508 - 1435		Beschwerden@evkln.de

### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Volker Samse	Patientenfürsprecher	0203 / 508 - 00		volker.samse@t-online.de
Ronny Schneider	Patientenfürsprecher	0203 / 508 - 00		mail@ronnyschneider.info

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	ja – andere Arbeitsgruppe
---	---------------------------

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Marco Bergmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Projektmanagement
Telefon	0208 / 508 - 56561
Fax	
E-Mail	marco.bergmann@evkln.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	5
Kommentar / Erläuterung	

### 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, zum Beispiel besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Risikomatrix 2025-08-01	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung <input checked="" type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal <input checked="" type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Sonderanforderungen (Mobidik), Hausliste, Arzneimittelverzeichnis	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Risikoanalyse	Orbis Addons: Dosing, Allergies, Closed Loop, Fluidmanagement
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> 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 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

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.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	<input checked="" type="checkbox"/> nein	Ein Schutzkonzept liegt vor. Es regelt den Schutz von schutzbedürftigen Gruppen dazu gehören auch Kinder und Jugendliche.
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl		Regelmäßige Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses von Führungskräften.

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h Notf.	Kommentar / Erläuterung
-----	-------------------	--------------------------------	-----------	-------------------------

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h Notf.	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (X)		Ja	
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	Nein	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	Nein	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	Nein	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Nein	
AA69	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	

## A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A 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 Abschläge vor.

### 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Notfallstufe des Krankenhauses	Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe	Modul der speziellen Notfallversorgung
Stufe 1	Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe	

### 14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

### 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 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Nein

## Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1].1 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

#### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



*Chefarzt Prof. Dr. med. Daniel Vallboehmer bei einer Operation.*

#### Einleitungstext

Die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie widmet sich an den Standorten Duisburg (EKN) und Dinslaken (EKD) dem gesamten Spektrum der Chirurgie - von der allgemeinchirurgischen Regelversorgung bis hin zur komplexen onkologischen Roboter-Chirurgie. Dabei stehen unsere Patientinnen und Patienten immer im Mittelpunkt unserer Arbeit mit dem Ziel, durch die Verbindung von höchster fachlicher Kompetenz mit modernster technischer Ausstattung und den neuesten Erkenntnissen aus Klinik und Forschung eine optimale Versorgung für jeden einzelnen Patienten zu ermöglichen.

#### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art der Abteilung	Hauptabteilung

#### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	02064 / 42 - 2301
Fax	02064 / 42 - 2302
E-Mail	daniel.vallboehmer@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstraße 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	

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

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

Kommentar / Erläuterung

---

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC00	Interdisziplinäre Station Chirurgie / Gastroenterologie	Mit der Interdisziplinären Station D5 halten wir für Sie die Teams der Chirurgie und der Med. Klinik (Chefarzt: Privatdozent Dr. E. Purucker) zur gemeinsamen Diagnostik und Therapie bereit. Hier werden Patienten mit Tumorerkrankungen und Erkrankungen des gesamten Magen-Darm-Traktes behandelt.
VC00	Proktologische Sprechstunde	Unsere Klinik ist in der Gesellschaft für Viszeralchirurgie als Kolo-Proktologisches Kompetenzzentrum ausgewiesen. Wir bieten das gesamte Spektrum von Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Darmausgangs, des Beckenbodens, von Dickdarm und Mastdarm, Stomaberatung und -versorgung.
VC20	Nierenchirurgie	Therapie der Verengung von Blutgefäßen, die die Niere versorgen.
VC21	Endokrine Chirurgie	Die Chirurgie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen (unter routinemäßigem Einsatz des sog. Neuromonitoring der Stimmbandnerven) wird besonders in Diagnostik und Therapie gepflegt. Auch für diesen Bereich besteht eine enge Kooperation mit weiteren Fachabteilungen (Med. Klinik V, Nephrologie).
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Das gesamte Spektrum der Magen- und Darmchirurgie wird angeboten. Ein Schwerpunkt liegt in der Operation von Tumorerkrankungen des Darmes, die Versorgung erfolgt in Kooperation mit der Med. Klinik. Das Darmkrebszentrum ist von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert (ab 2020).
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Besondere Erfahrungen bestehen in der Chirurgie von Leber, Gallenwegen und Bauchspeicheldrüse, v.a. bei tumorösen und entzündlichen Erkrankungen.
VC24	Tumorchirurgie	Die operative Behandlung von Patienten mit Krebserkrankungen des Darmes, des Bauchraumes, der Galle und der Bauchspeicheldrüse sowie der Schilddrüsen bilden einen besonderen Versorgungsschwerpunkt unserer Klinik.
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Alle Formen der endoskopischen Operationen abdominal / retroperitoneal.
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Die minimal invasiven endoskopischen Operationen werden in enger Zusammenarbeit mit den Kollegen der Medizinischen Klinik I durchgeführt.
VC58	Spezialsprechstunde	Allgemeine Ambulanz mit Aufnahmesprechstunde, Abklärungsuntersuchungen, Chefvorstellung/Privatsprechstunde, Proktologische Sprechstunde, Herniensprechstunde
VC60	Adipositaschirurgie	Wir bieten eine überregional bekannte interdisziplinäre Diagnostik und Therapie in allen Fragen der krankhaften Fettleibigkeit (morbid Adipositas) an. Hierbei kommen neueste Therapiemöglichkeiten zum Einsatz.
VC62	Portimplantation	Implantation von venösen Portsystemen zur Chemotherapie / Ernährung.
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	

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

Vollstationäre Fallzahl	744
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K80	116	Cholelithiasis

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K56	53	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
C18	43	Bösartige Neubildung des Kolons
K57	42	Divertikelkrankheit des Darmes
K35	35	Akute Appendizitis
K40	34	Hernia inguinalis
C20	27	Bösartige Neubildung des Rektums
K43	27	Hernia ventralis
L02	26	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel
E66	20	Adipositas

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-932	162	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
8-98f	138	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
5-511	121	Cholezystektomie
5-987	119	Anwendung eines OP-Roboters
8-930	115	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5-530	102	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-469	98	Andere Operationen am Darm
8-800	84	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-919	57	Komplexe Akutschmerzbehandlung
5-455	53	Partielle Resektion des Dickdarmes

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

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Chirurgische Ambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versorgung von Patienten mit Hernien (VC00)</li> <li>Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)</li> <li>Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)</li> <li>Endokrine Chirurgie (VC21)</li> <li>Magen-Darm-Chirurgie (VC22)</li> <li>Adipositaschirurgie (VC60)</li> </ul>	Gefäßchirurgische Sprechstunde Mo./ Mi./Do. 8 - 12 Uhr. Sprechstunde täglich 9 - 12 Uhr. In der Chir. Ambulanz können sich Patienten mit allen Krankheitsbildern aus dem Bereich der Chirurgie zur Operationsabklärung vorstellen. Auch Vor- und Nachbehandlungen bei Operationen werden angeboten.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Prof. Dr. Vallböhmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtes Fachgebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie (VX00)</li> </ul>	Im Rahmen der Privatsprechstunde werden Patienten mit chirurgischen Erkrankungen beraten und untersucht. Termine nach Vereinbarung.
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notfallversorgung chirurgischer Patienten (VC00)</li> </ul>	Die Chirurgische Ambulanz steht 24 Stunden täglich für alle Patienten zur Verfügung. Die Zuweisung zur Chirurgie erfolgt vor Ort in der Notaufnahme. Dort wird auch die ambulante chirurgische Notfallversorgung vorgenommen.

**B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-399	51	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-490	14	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
5-493	9	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
5-492	8	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
5-530	6	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-534	< 4	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-897	< 4	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
5-385	< 4	Entfernung und Verschluss von Varizen
5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
5-850	< 4	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	2,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,28
Fälle je VK/Person	326,31578

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	2,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,28
Fälle je VK/Person	326,31578
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF34	Proktologie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	17,89
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,89
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	17,89
Fälle je VK/Person	41,58747

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,29
Fälle je VK/Person	2565,51724

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

**Evangelisches Krankenhaus Dinslaken**

Anzahl Vollkräfte	0,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,68
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,68
Fälle je VK/Person	1094,11764

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer**

Anzahl Vollkräfte	0,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,4
Fälle je VK/Person	1860,00000

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer**

Anzahl Vollkräfte	0,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,22
Fälle je VK/Person	3381,81818

**Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	7440,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP20	Palliative Care	

## B-[2].1 Klinik für Innere Medizin

### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt PD. Dr. med. Edmund Purucker

### Einleitungstext

Die Klinik für Innere Medizin behandelt Erkrankungen der inneren Organe mit Schwerpunkten im Bereich der Verdauungsorgane (Gastroenterologie). Unser Anspruch ist es, Ihnen alle spezialisierten Möglichkeiten der modernen Inneren Medizin anzubieten, ohne den Blick auf den Menschen als Ganzes zu verlieren. Aus diesem Grund finden Sie hier unter einem Dach die Allgemeine Innere Medizin sowie spezialisierte Abteilungen für Gastroenterologie, Kardiologie, Onkologie, Infektionserkrankungen (Leberentzündungen, Tuberkulose), internistische Intensivmedizin und Altersmedizin (Geriatric).

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Priv.-Doz. Dr. med. Edmund Purucker
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	02064 / 42 - 2500
Fax	02064 / 42 - 2503
E-Mail	Edmund.Purucker@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstraße 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	

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

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

Kommentar / Erläuterung

---

### B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI00	Adipositasambulanz	Interdisziplinäre Betreuung extrem adipöser Patienten in Zusammenarbeit mit der chirurgischen und psychiatrischen Klinik insbesondere in der Indikationsfindung zu adipositaschirurgischen Maßnahmen.
VI00	Endosonographie	400 Untersuchungen pro Jahr einschließlich 150 endosonographischen Feinnadelpunktionen.
VI00	Gastrointestinale Funktionsdiagnostik	pH-Metrie, Manometrie, H2-Atemtestung, Hinton-Test
VI00	Interdisziplinäre Internistisch-Chirurgische Station	Interdisziplinäre Betreuung abdomineller Erkrankungen sowie gemeinsame postoperative Betreuung multimorbider Patienten.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	In der onkologischen Abteilung der Klinik wird die gesamte Diagnostik hämatologischer wie auch hämatoonkologischer Erkrankungen durchführt. Für die Nachbehandlung steht die onkologische Tagesklinik zur Verfügung.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Der Chefarzt der Klinik ist Diabetologe. Schulungsprogramme werden in individualisierter Form angeboten. Im Rahmen der interdisziplinären Therapie der schweren Adipositas erfolgt die Ernährungsberatung nach einem multimodalen Konzept.
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Das Leistungsspektrum der gastroenterologischen Abteilung der Klinik umfasst neben dem Ultraschall u. den Funktionsuntersuchungen alle diagnostischen endoskopischen Maßnahmen des oberen u. unteren Verdauungstraktes. Jährlich finden etwa 5000 flexible Endoskopien und etwa 3.000 Sonographien statt.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	In der onkologischen Abteilung der Klinik wird die gesamte Diagnostik und Therapie onkologischer Erkrankungen durchgeführt. Für die chemotherapeutische Nach- und Weiterbehandlung steht die onkologische Tagesklinik zur Verfügung.
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Abteilung für Altersmedizin mit der Leitenden Ärztin Frau Dr. med. N. Zimansky
VI27	Spezialsprechstunde	• Gastroenterologie/Endoskopie Mo. – Fr. 7:30 – 14 Uhr • Onkologische Ambulanz/Tagesklinik Mo. – Fr. 7:30 – 14 Uhr • Privatsprechstunde und Adipositasprechstunde Priv.-Doz. Dr. med. E. A. Purucker nach Vereinbarung, Tel. 02064- 42 2501/02
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	Die Therapie erfolgt auf der interdisziplinären Intensivstation unter internistischer Leitung.
VI35	Endoskopie	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	Abteilung für Palliativmedizin: 02064-42-2010 oder 02064-42-2251, Oberärztin Frau H. Sczeppek

**B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	2035
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2].6 Diagnosen nach ICD**

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J44	164	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
J18	148	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
K29	120	Gastritis und Duodenitis
E86	81	Volumenmangel
N39	70	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
I50	67	Herzinsuffizienz
K57	67	Divertikelkrankheit des Darmes
J22	66	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
K52	55	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
A09	49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs

**B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-632	1156	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
1-440	683	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
1-650	457	Diagnostische Koloskopie
8-930	267	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
1-444	210	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
8-980	207	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-800	197	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
1-651	151	Diagnostische Sigmoidoskopie
3-055	83	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
8-831	82	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße

**B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)</li> <li>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)</li> <li>Onkologische Tagesklinik (VI37)</li> <li>Gesamtes Fachgebiet der Inneren Medizin (VX00)</li> </ul>	Sprechstunde Montags bis Freitags 07.30 - 14.00 Uhr Die Überweisung durch eine Facharzt für Innere Medizin - Gastroenterologie ist erforderlich. Vor- und nachstationäre Untersuchungen werden angeboten.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtes Fachgebiet der Inneren Medizin (VX00)</li> </ul>	Sprechstunde nach Vereinbarung.
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz		Für Notfall-Patienten steht rund um die Uhr die zentrale Notaufnahme zur Verfügung. Hier werden die Patienten der erforderlichen Fachdisziplin

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
				zugeordnet.

### B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	374	Diagnostische Koloskopie
1-444	124	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
5-452	108	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
3-053	< 4	Endosonographie des Magens
3-055	< 4	Endosonographie der Gallenwege und der Leber

### B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	11,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	11,65
Fälle je VK/Person	174,67811

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	5,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,64
Fälle je VK/Person	360,81560
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF07	Diabetologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF44	Sportmedizin	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	56,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	56,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	16,58
Stationäre Versorgung	39,45
Fälle je VK/Person	51,58428

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,26
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,26
Fälle je VK/Person	7826,92307

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

**Evangelisches Krankenhaus Dinslaken**

Anzahl Vollkräfte	4,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,4
Fälle je VK/Person	462,50000

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer**

Anzahl Vollkräfte	3,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,08
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,08
Fälle je VK/Person	660,71428

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer**

Anzahl Vollkräfte	1,34
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,34
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,34
Fälle je VK/Person	1518,65671

**Medizinische Fachangestellte**

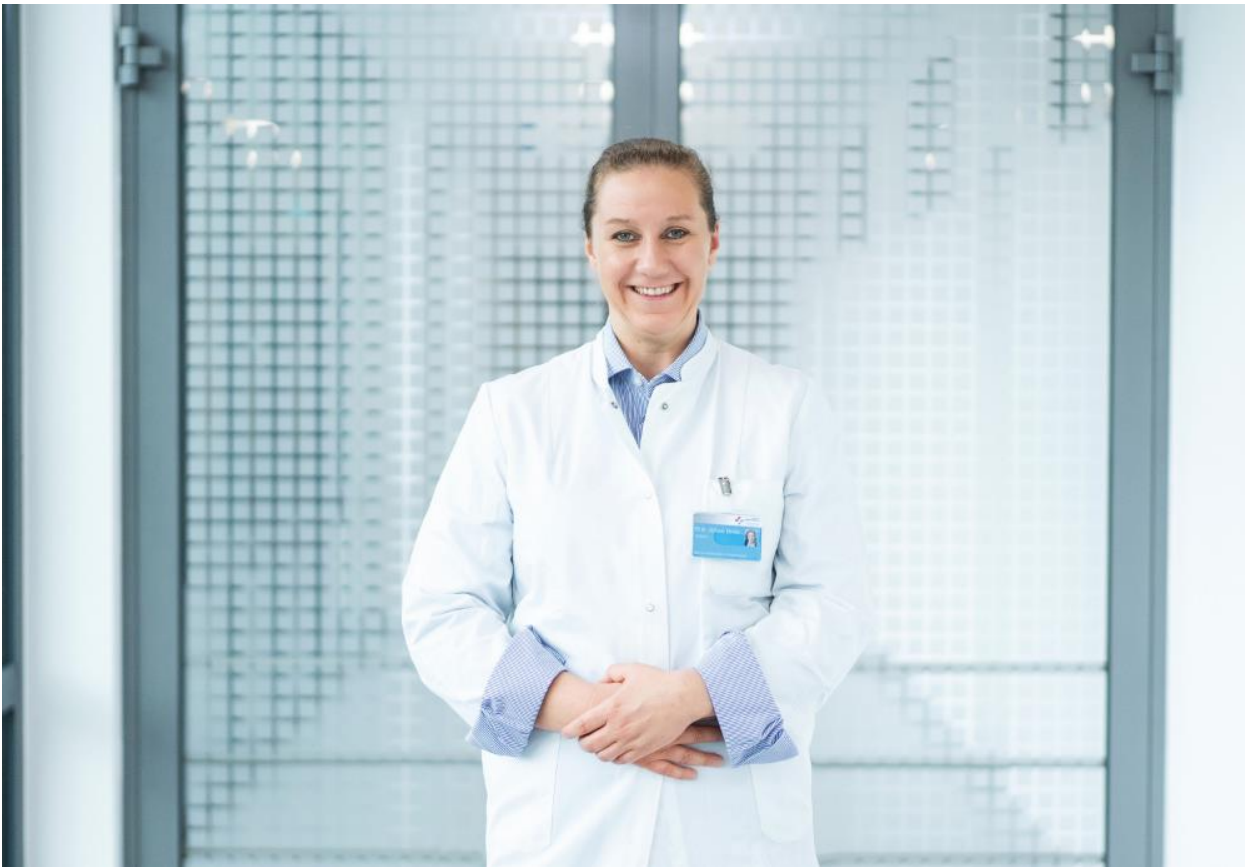
Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,4
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	20350,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP20	Palliative Care	

## B-[3].1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



*Chefaerztin PD Dr. med. Stefanie Klenke*

### Einleitungstext

Die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin betreut jährlich etwa 25.000 Patientinnen und Patienten am Evangelischen Krankenhaus Duisburg Nord, am Johanniter Krankenhaus Oberhausen, am Herzzentrum Duisburg, am Evangelischen Krankenhaus Dinslaken sowie im Rettungsdienstbereich der Stadt Duisburg.

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	PD Dr. med. Stefanie Klenke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	02064 / 42 - 2251
Fax	02064 / 42 - 2252
E-Mail	stefanie.klenke@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstraße 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	<a href="https://www.evkln.de/zentrale-fachabteilungen/anaesthesiologie-und-intensivmedizin/anaesthesiologische-intensivstationen.html">https://www.evkln.de/zentrale-fachabteilungen/anaesthesiologie-und-intensivmedizin/anaesthesiologische-intensivstationen.html</a>

**B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

Kommentar / Erläuterung

---

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI38	Palliativmedizin	
VI42	Transfusionsmedizin	

**B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[3].6 Diagnosen nach ICD**

trifft nicht zu / entfällt

**B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

trifft nicht zu / entfällt

**B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

trifft nicht zu / entfällt

**B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

trifft nicht zu / entfällt

**B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	7,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,24
Fälle je VK/Person	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	4,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,47
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,50

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	7,76
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,76
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,76
Fälle je VK/Person	

#### Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten

##### Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken		
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,5	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

## B-[4].1 Klinik für Gefäßchirurgie

### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



*Chefarzt PD Dr. med. Peter Fellmer*

### Einleitungstext

Die Klinik für Gefäßchirurgie untersucht und behandelt Patientinnen und Patienten mit allen Gefäßerkrankungen. Das Team ist besonders spezialisiert auf Operationen aller Blutgefäße (Venen und Arterien) von Kopf bis Fuß. Vertreten ist die Klinik an den Verbund-Standorten in Duisburg (EKN) und Dinslaken (EKD).

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Gefäßchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1800
Art der Abteilung	Hauptabteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Priv.- Doz. Dr. med. habil. Peter Fellmer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	02064 / 42 - 2301
Fax	02064 / 42 - 2321
E-Mail	peter.fellmer@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstr. 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	<a href="https://www.evkln.de/ekd/klinik-fuer-gefaesschirurgie.html">https://www.evkln.de/ekd/klinik-fuer-gefaesschirurgie.html</a>

### B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Kommentar / Erläuterung



### B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC20	Nierenchirurgie	Gefäßchirurgie an den Nieren.
VC25	Transplantationschirurgie	Transplantation von Venen und Arterien.
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC63	Amputationschirurgie	

### B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	205
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[4].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I70	123	Atherosklerose
I80	17	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
K55	8	Gefäßkrankheiten des Darmes
L03	8	Phlegmone
A46	7	Erysipel [Wundrose]
E11	6	Diabetes mellitus, Typ 2
I87	6	Sonstige Venenkrankheiten
I74	4	Arterielle Embolie und Thrombose
I83	4	Varizen der unteren Extremitäten
T81	4	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert

### B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-916	41	Temporäre Weichteildeckung
5-896	32	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-865	30	Amputation und Exartikulation Fuß
5-380	28	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
5-381	24	Endarteriektomie
5-393	20	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
5-395	13	Patchplastik an Blutgefäßen
5-864	13	Amputation und Exartikulation untere Extremität
5-394	12	Revision einer Blutgefäßoperation
5-98e	12	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen

### B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM06	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V			
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Priv.-Doz. Dr. med. habil. Peter Fellmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Gesamtes Spektrum der Gefäßchirurgie (V100)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)</li> </ul>	
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Gesamtes Spektrum der</li> </ul>	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			Gefäßchirurgie (VC00)	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen	◦ Gesamtes Spektrum der Gefäßchirurgie (VC00)	

### B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-385	9	Entfernung und Verschluss von Varizen
3-607	6	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
3-605	< 4	Arteriographie der Gefäße des Beckens
8-836	< 4	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
3-614	< 4	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches
5-392	< 4	Anlegen eines arteriovenösen Shunt
5-399	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen

### B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	205,00000

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	205,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	5,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,57
Fälle je VK/Person	36,80430

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	2050,00000

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,37
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,37
Fälle je VK/Person	554,05405

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,22

## Evangelisches Krankenhaus Dinslaken

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,22
Fälle je VK/Person	931,81818

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer**

Anzahl Vollkräfte	0,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,07
Fälle je VK/Person	2928,57142

**Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	2050,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

## B-[5].1 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



*Chefarzt Dr. med. Juergen Schmitz*

### Einleitungstext

Wir als Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an den Standorten in Duisburg (EKN) und Dinslaken (EKD) sind spezialisiert auf die modernsten und bewährtesten Behandlungsmethoden von Verletzungen und Erkrankungen der Gelenke, Knochen und Muskel-Sehnenkomplexe. Ein besonderer Schwerpunkt unserer Klinik ist neben der Versorgung von Knochenbrüchen der künstliche Gelenkersatz aller großen Gelenke (Endoprothetik) einschließlich komplizierter Wechseloperationen mit über 600 Eingriffen pro Jahr. Zusätzlich bieten wir Ihnen, die Behandlung von berufsgenossenschaftlich versicherten Patientinnen und Patienten mit Arbeits-, Wege-, und Schulunfällen an.

Bei der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten kommen modernste und langjährig bewährte Behandlungskonzepte, sowie „up to Date“ Therapiekonzepte und Operationsmethoden zum Einsatz. Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Ihnen ein individuelles und bedarfsgerechtes Konzept aus Beratung, Therapie und Betreuung anzubieten.

All dies geschieht in einem Umfeld, in dem der Mensch im Mittelpunkt steht.

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art der Abteilung	Hauptabteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Jürgen Schmitz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	02064 / 42 - 2360
Fax	02064 / 42 - 2352
E-Mail	juergen.schmitz@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstraße 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken

**B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

Kommentar / Erläuterung

**B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC00	Arthroskopische Operationen	Wir führen arthroskopische Eingriffe an Knie- und Schultergelenken schwerpunktmäßig durch. Des Weiteren werden die Arthroskopien des oberen Sprunggelenkes, des Ellenbogengelenkes sowie des Hüftgelenkes angeboten.
VC00	Chirurgie der peripheren Nerven	Chirurgie der peripheren Nerven
VC00	Chirurgische Intensivmedizin	In Kooperation mit der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin halten wir 4 medizinische Betten vor.
VC00	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC00	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	Hier werden im Klinikum zwei Kernspintomographen zur Diagnostik vorgehalten.
VC00	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	In der orthopädischen Sprechstunde unserer Klinik werden angeborene oder erworbene Deformitäten der Wirbelsäule fachorthopädisch behandelt. Diesbezüglich entwickelten wir ein Konzept für die konservative Orthopädie.
VC00	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	Spezialsprechstunden für die Fußchirurgie, Handchirurgie, Schulterchirurgie und konservative Orthopädie sind eingerichtet.
VC00	Notfallmedizin	
VC00	Schmerztherapie/Multimodal	In Kooperation mit der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin (Oberarzt Dr. Heck).
VC00	Spezialsprechstunde	Die orthopädische Rheumatologie, Prof. Dr. Starker.
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	Nach erfolgreichen Knochenbruchbehandlungen wird eine evtl. erforderliche Metallentfernung in unserer Klinik ambulant oder stationär durchgeführt.
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	Wir führen Arthroskopien der großen Gelenke mit arthroskopisch gestützter vorderer Kreuzbandplastik, sowie arthroskopische Schultergelenkesoperationen (Dekompression und Refixationen) durch.
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Die Endoprothetik aller großen Gelenke, einschließlich komplizierter Prothesenwechsel, stellt einen Schwerpunkt unserer Abteilung dar. Pro Jahr werden z.Zt. ca. 600 Implantationen, vorwiegend des Kniegelenkes, des Hüftgelenkes, des Schultergelenkes und auch des oberen Sprunggelenkes vorgenommen.
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	Bei Infektionen der Knochen führen wir sanierende Eingriffe durch. Hierzu zählen auch Wechseleingriffe von Prothesen.
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	Neben der Knochenszintigraphie, die von Vertragsärzten durchgeführt wird, nutzen wir unsere MRT-Untersuchungen zur Diagnostik der Knochenentzündungen. Sämtliche therapeutische Verfahren zur Behandlung der Osteomyelitis oder der Osteitis sind in unserer Klinik etabliert.
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	Wir decken das gesamte unfallchirurgische Spektrum ab, wobei wir Schädel-Hirn-Verletzungen in Zusammenarbeit mit der Neurochirurgischen Klinik unseres Hauses versorgen.
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	Im Rahmen unserer Notfallbehandlung sieht unser Trauma-Management neben der konventionalen radiologischen Untersuchung der Halswirbelsäule auch die Verwendung von eines Spiral-CT's vor, um Verletzungen der Halswirbelsäule zu diagnostizieren.
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	Neben der konventionellen radiologischen Untersuchung steht uns ein Spiral-CT zur Diagnostik zur Verfügung. Thoraxdrainagen und Lungenteilresektionen können in unserer Klinik durchgeführt werden. Bei komplexen Verletzungen wird die Klinik für Thoraxchirurgie hinzugezogen.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	Patienten mit verletzungsbedingten und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule werden sowohl konservativ als auch operativ versorgt. Dabei kommen auch moderne Verfahren wie die Ballonaufriechung von Wirbelkörperbrüchen zum Einsatz.
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Unsere Klinik hält eine spezielle arthroskopische Schulterchirurgie vor, die sowohl traumatische als auch degenerative Schäden behandelt. Die minimal invasive Rotatorenmanschettenrekonstruktion wird ebenso regelmäßig durchgeführt, wie auch die arthroskopische Gelenkoperation von Engpassyndromen
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Alle Verletzungen des Ellenbogens und Unterarms werden konservativ und operativ versorgt.
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Alle Verletzungen der Hand und des Handgelenks werden konservativ und operativ versorgt. Hierbei werden sowohl knöcherner als auch Bandverletzungen behandelt.
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels werden überwiegend operativ versorgt. Ein Schwerpunkt liegt in der Behandlung des Oberschenkelhalsbruchs. Hier erfolgt bei Bedarf eine Kooperation mit der geriatrischen Abteilung im Rahmen des Alterstraumazentrums.
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Wir führen Kniespiegelungen (Arthroskopien) mit arthroskopisch gestützter vorderer Kreuzbandplastik durch. Einen Schwerpunkt bildet die prothetische Versorgung des Kniegelenks. Auch Patienten mit anderen Verletzungen des Unterschenkels werden versorgt.
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Einen weiteren Schwerpunkt unserer Klinik bildet die Fußchirurgie. Wir behandeln alle verletzungsbedingten (traumatischen) und degenerativen Veränderungen des Fußgelenks und der Füße, hierbei kommt auch der Gelenkersatz der Zehengelenke und der Sprunggelenke zum Einsatz.
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	Weichteil- und Sehnenverletzungen aller Art werden behandelt.
VC63	Amputationschirurgie	In unserer Klinik werden vorwiegend traumatisch bedingte Amputationen durchgeführt bzw. Amputationen bei Knochen- und Weichteiltumoren
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	Osteoporotische Kompressionen werden in unserer Klinik durch Kyphoplastien (Aufriechung bzw. Stabilisierung von Wirbelkörpern nach Brüchen oder generativen Veränderungen) versorgt. Die übrigen Wirbelsäulenverletzungen werden in Zusammenarbeit mit unserer neurochirurgischen Klinik therapiert.
VC69	Verbrennungschirurgie	
V015	Fußchirurgie	Unsere Klinik hält eine eigenständige fußchirurgische Ambulanz vor. Sämtliche Vorfußkorrekturen einschließlich dreidimensionaler Umstellungsosteotomie sowie Rückfußkorrekturen werden in unserer Klinik durchgeführt.
V019	Schulterchirurgie	Sämtliche arthroskopische und offene Verfahren der Schulterchirurgie bis zur kompletten Endoprothetik werden durchgeführt. Auch die inversen Schultergelenksendoprothesen finden in unserer Abteilung Verwendung.
V020	Sportmedizin/Sporttraumatologie	Mehrere sportmedizinisch versierte Oberärzte führen eine eigenständige sportmedizinische bzw. sporttraumatologische Sprechstunde durch mit entsprechenden operativen Maßnahmen.

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

Vollstationäre Fallzahl	1203
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[5].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M17	210	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M16	158	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
S72	102	Fraktur des Femurs
S06	79	Intrakranielle Verletzung
S82	61	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
T84	57	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
S42	53	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
S52	52	Fraktur des Unterarmes
M23	32	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
S00	31	Oberflächliche Verletzung des Kopfes

### B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-822	232	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
5-820	226	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-794	130	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-986	98	Minimalinvasive Technik
8-800	98	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-931	95	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
5-812	94	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
8-919	91	Komplexe Akutschmerzbehandlung
5-787	88	Entfernung von Osteosynthesematerial
8-980	74	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

### B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Unfallchirurgische Sprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtes Leistungsspektrum Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Endoprothetik (VC00)</li> <li>Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)</li> <li>Konservative Orthopädie (V000)</li> <li>Fußchirurgie (V015)</li> <li>Schulterchirurgie (V019)</li> </ul>	Montags bis freitags 9:00 - 11:00 Uhr, 15:00 - 16:00 Uhr Auch Vor- und Nachstationäre Beratung und Untersuchung. Die Überweisung durch einen Facharzt für Orthopädie, Chirurgie oder Unfallchirurgie ist erforderlich.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Schmitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtes Fachgebiet Chirurgie/Unfallchirurgie/Orthopädie (VC00)</li> </ul>	Montags bis freitags nach Vereinbarung
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtes Fachgebiet Chirurgie/Unfallchirurgie/Orthopädie (VC00)</li> </ul>	Die Ambulanz steht rund um die Uhr bei Verletzungen aller Art zur Verfügung.
AM09	D-Arzt- /Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt Ambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notfallversorgung und Nachuntersuchung von berufsbedingten Verletzungen aller Art (VC00)</li> </ul>	

**B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-812	73	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-787	63	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-811	35	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5-788	31	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-810	15	Arthroskopische Gelenkoperation
5-790	14	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-814	13	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-056	7	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-841	6	Operationen an Bändern der Hand
5-859	6	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln

**B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

 Ja

stationäre BG-Zulassung

 Ja

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	10,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,41
Fälle je VK/Person	115,56195

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	9,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	9,49
Fälle je VK/Person	126,76501
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	23,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	23,22
Fälle je VK/Person	51,80878

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,23
Fälle je VK/Person	5230,43478

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

**Evangelisches Krankenhaus Dinslaken**

Anzahl Vollkräfte	1,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,24
Fälle je VK/Person	970,16129

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer**

Anzahl Vollkräfte	0,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,66
Fälle je VK/Person	1822,72727

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer**

Anzahl Vollkräfte	0,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,31
Fälle je VK/Person	3880,64516

**Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	12030,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP20	Palliative Care	

## B-[6].1 Klinik für Kardiologie, Angiologie und Elektrophysiologie

### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Leitender Oberarzt Dr. med. Reza Rezwanian

### Einleitungstext

Die Klinik für Kardiologie, Angiologie und Elektrophysiologie ist auf die Behandlung von Herz- und Gefäßerkrankungen spezialisiert. Wir behandeln verengte oder verschlossene Herzkranzgefäße sowie Erkrankungen der Hals-, Nieren- und Beingefäße. Darüber hinaus setzen wir modernste Katheterverfahren zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen ein. Unsere Expertise umfasst auch minimal-invasive Verfahren zur Reparatur und zum Ersatz von Herzklappen wie TAVI, Mitra-Clip und TriClip. Zusätzlich verschließen wir Defekte in den Vorhof- und Kammerscheidewänden und behandeln Undichtigkeiten im Randbereich implantierter Herzklappen. Zur Prävention von Gerinnselbildung bei Vorhofflimmern setzen wir in bestimmten Fällen das Verschließen des linken Vorhofohrs mittels eines „Schirmchens“ ein.

Mit unseren vier innovativen Herzkatheterlaboren (HKL) und einem Hybrid-OP setzen wir neue Maßstäbe in Funktion und Technologie. Der Hybrid-OP kombiniert ein Katheterlabor mit einem Operationssaal und ermöglicht die gleichzeitige Durchführung von katheterinterventionellen und operativen Eingriffen. Dies erlaubt uns, besonders komplexe Eingriffe effizienter und sicherer durchzuführen. Durch den Einsatz fortschrittlicher Bildgebung und minimal-invasiver Verfahren können wir noch präziser und schonender behandeln, was die Patientenversorgung sicherer und effizienter macht.

In akuten Notfällen sind wir rund um die Uhr für Sie da, dank unserer 24-Stunden-Herzkatheterbereitschaft und unserer zertifizierten Brustschmerz-Ambulanz (Chest Pain Unit). Hier erfolgt die sofortige Erkennung und rasche Behandlung von Herzinfarkten. Zudem sind wir als zertifiziertes Zentrum für Patientinnen und Patienten mit Herzkreislaufstillstand (Cardiac Arrest Center) anerkannt. Unsere Spezialambulanzen betreuen Sie individuell bei Herzinsuffizienz, Herztransplantation, Lungenhochdruck, Herzschrittmacher-/ Defibrillatorimplantationen und peripheren Gefäßerkrankungen. Besonders stolz sind wir auf unsere Lungenhochdruckambulanz, eine der größten ihrer Art in Deutschland.

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Kardiologie, Angiologie und Elektrophysiologie
Fachabteilungsschlüssel	0300
Art der Abteilung	Hauptabteilung

### Leitende Ärztin/Leitender Arzt

Name	Dr. med. Reza Rezwanian
------	-------------------------

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Oberarzt
Telefon	02064 / 42 - 2551
Fax	
E-Mail	reza.rezwanian@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstraße 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	<a href="https://www.evkln.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/kardiologie-dinslaken/">https://www.evkln.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/kardiologie-dinslaken/</a>

### **B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

Kommentar / Erläuterung

### B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	In der kardiologischen Abteilung der Klinik wird die komplette Diagnostik der koronaren Herzkrankheit einschließlich invasiver Diagnostik (in Zusammenarbeit mit dem Herzzentrum Duisburg) durchgeführt.
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Herzrhythmusstörungen: Indikationsstellung und Therapie in Zusammenarbeit mit der chirurgischen Klinik bei der Anlage von Herzschrittmachern sowie in Zusammenarbeit mit der Klinik für Thorax und Kardiovaskularchirurgie Indikationsstellung und Anlage von Defibrillatoren (ICD).
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	In der kardiologischen Abteilung der Klinik wird die komplette Diagnostik der koronaren Herzkrankheit einschließlich invasiver Diagnostik (in Zusammenarbeit mit dem Herzzentrum Duisburg) durchgeführt.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI20	Intensivmedizin	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	Eine eigenständige Abteilung für Elektrophysiologie wird vorgehalten.

### B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1213
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[6].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I48	312	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I50	256	Herzinsuffizienz
I10	162	Essentielle (primäre) Hypertonie
R55	81	Synkope und Kollaps
R07	72	Hals- und Brustschmerzen
I20	31	Angina pectoris
I21	28	Akuter Myokardinfarkt
I25	27	Chronische ischämische Herzkrankheit
R00	18	Störungen des Herzschlages
I49	17	Sonstige kardiale Arrhythmien

### B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-052	366	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
8-640	294	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
8-930	68	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-980	57	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
1-266	49	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
8-835	41	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
8-933	34	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
8-800	16	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-83b	16	Zusatzinformationen zu Materialien
1-275	15	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung

### B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten	Kardiologische	◦ Diagnostik und Therapie von	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Ambulanz/Schrittmacherambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>ischämischen Herzkrankheiten (VI01)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)</li> </ul>	
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Gesamtes Fachgebiet Innere Medizin - Kardiologie (VX00)</li> </ul>	Sprechstunde nach Vereinbarung.
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Notfallversorgung von kardiologischen Patienten (VX00)</li> </ul>	Die Zentrale Notaufnahme steht 24 Stunden täglich für alle Patienten zur Verfügung. Die Zuweisung zur Chirurgie erfolgt vor Ort in der Notaufnahme. Dort wird auch die ambulante chirurgische Notfallversorgung vorgenommen.

### B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[6].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	2,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,32
Fälle je VK/Person	522,84482

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,9
Fälle je VK/Person	1347,77777
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF07	Diabetologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF44	Sportmedizin	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	21,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	21,99
Fälle je VK/Person	55,16143

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,07
Fälle je VK/Person	17328,57142

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger**

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5
Fälle je VK/Person	2426,00000

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer**

Anzahl Vollkräfte	0,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,75
Fälle je VK/Person	1617,33333

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer**

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	12130,00000

**Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	12130,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP20	Palliative Care	

## B-[7].1 Klinik für Wirbelsäulenchirurgie

### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



*Chefarzt Prof. Dr. med. Michael Zimmermann*

### Einleitungstext

Die Wirbelsäule ist das tragende Element unseres Körpers. Gerät sie aus dem Gleichgewicht, geraten oft auch Alltag, Lebensfreude und Mobilität ins Wanken. Erkrankungen an der Wirbelsäule bedeuten für viele Menschen mehr als nur körperlichen Schmerz. Sie sind eine tiefgreifende Einschränkung der Lebensqualität. In der Klinik für Neurochirurgie mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, Betroffenen diese Lebensqualität zurückzugeben. Mit einem Team aus erfahrenen Spezialistinnen und Spezialisten, modernster Medizintechnik und einem ganzheitlichen Therapieverständnis behandeln wir Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule auf höchstem fachlichen Niveau. Am Standort Evangelisches Krankenhaus Dinslaken (EKD) bündeln wir in der angeschlossenen Sektion Wirbelsäulenchirurgie neueste operative Verfahren mit der Expertise aus vielen Jahren chirurgischer Erfahrung. Am Standort Evangelisches Krankenhaus Duisburg-Nord (EKN) liegt der Schwerpunkt der Klinik auf der zentralen und vaskulären Neurochirurgie. Hier verbinden sich Expertise und Innovation in der Behandlung komplexer Erkrankungen des zentralen Nervensystems.

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Wirbelsäulenchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	3755
Art der Abteilung	Hauptabteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Michael Zimmermann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	02064 / 42 - 56702
Fax	
E-Mail	sek-wirbel@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstr. 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	<a href="https://www.evkln.de/ekd/fachkliniken/klinik-fuer-neurochirurgie-schwerpunkt-wirbelsaeulenchirurgie.html">https://www.evkln.de/ekd/fachkliniken/klinik-fuer-neurochirurgie-schwerpunkt-wirbelsaeulenchirurgie.html</a>

Name	Ph.D. Hisham Alsingaby
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sektionsleiter
Telefon	0203 / 508 - 56701
Fax	0203 / 508 - 56709
E-Mail	hisham.alsingaby@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstr. 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	<a href="https://www.evkl.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/klinik-fuer-wirbelsaeulenchirurgie/">https://www.evkl.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/klinik-fuer-wirbelsaeulenchirurgie/</a>

### **B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

Kommentar / Erläuterung

### B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
V003	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
V005	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	

### B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	740
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[7].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M48	170	Sonstige Spondylopathien
M54	97	Rückenschmerzen
M51	95	Sonstige Bandscheibenschäden
M47	88	Spondylose
M42	42	Osteochondrose der Wirbelsäule
S32	39	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
M50	35	Zervikale Bandscheibenschäden
M43	31	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
S22	30	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
M80	29	Osteoporose mit pathologischer Fraktur

### B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-032	746	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
5-839	425	Andere Operationen an der Wirbelsäule
5-984	405	Mikrochirurgische Technik
5-831	267	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe
5-986	267	Minimalinvasive Technik
8-917	256	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie
5-83b	205	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule
5-832	163	Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
5-830	152	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
8-914	146	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie

### B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

keine Angaben

### B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[7].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	4,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,46
Fälle je VK/Person	165,91928

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	3,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,85
Fälle je VK/Person	192,20779
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	11,37
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	11,37
Fälle je VK/Person	65,08355

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,3
Fälle je VK/Person	2466,66666

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,54
Fälle je VK/Person	1370,37037

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,43
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,43

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,43
Fälle je VK/Person	1720,93023

### **Pflegehelferinnen und Pflegehelfer**

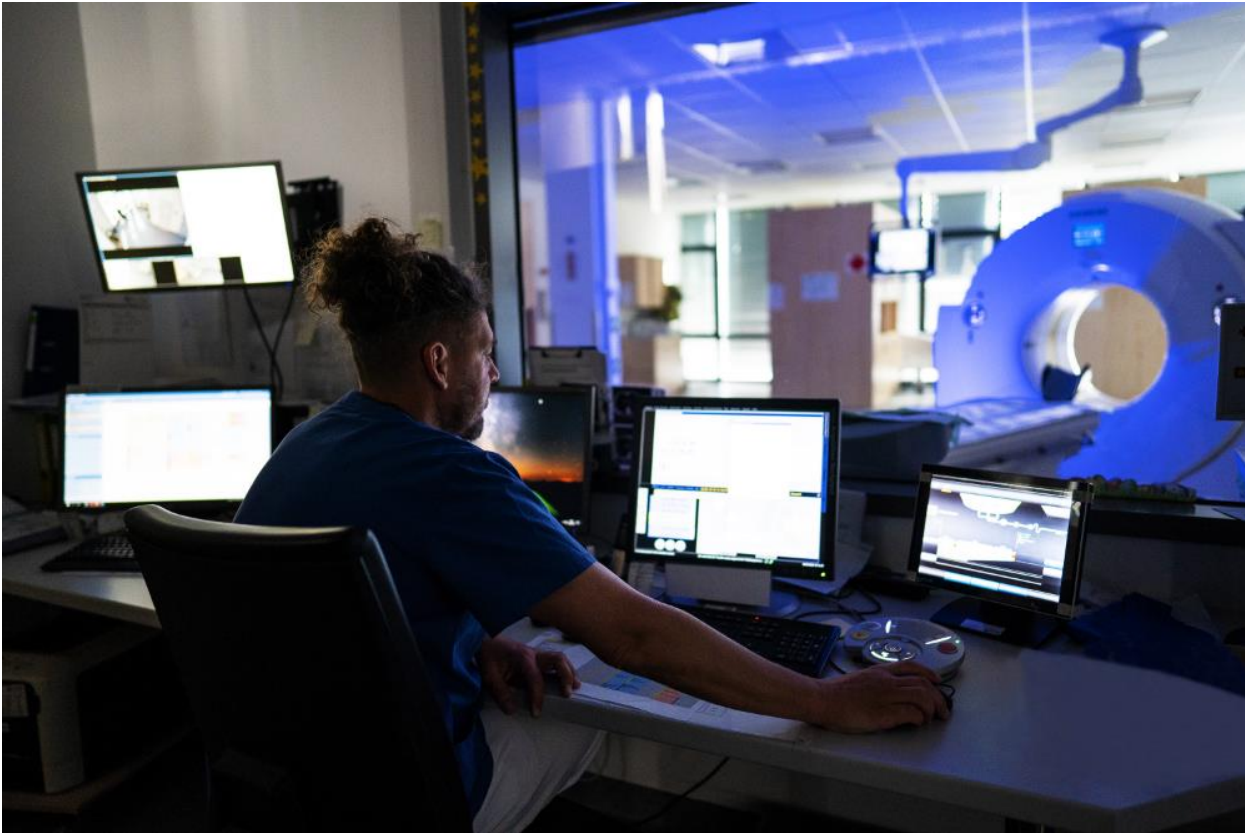
Anzahl Vollkräfte	0,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,22
Fälle je VK/Person	3363,63636

### **Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	7400,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

## B-[8].1 Zentrale Abteilung für Radiologie

### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Mitarbeitender im CT Überwachungsplatz.

### Einleitungstext

Die Zentrale Abteilung für Radiologie wählt in enger Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen des Klinikums für jeden Patienten und jede Patientin das qualifizierteste Untersuchungsverfahren aus. Die Diagnosestellung wird anhand von Röntgenbildern, Schnittbildverfahren und computertomographisch-gesteuerter Gewebeentnahmen durchgeführt. Der Erfolg der gewählten Therapie wird anhand von Verlaufskontrollen abgewägt und beurteilt.

Um dies zu garantieren stehen die modernsten Untersuchungstechniken und dessen Geräte zur Verfügung. Aktuell beinhaltet dies hochauflösende Computertomographen, Magnetresonanztomographen, Angiographiearbeitsplätze und Speicherfoliensysteme. Zusätzlich gehören ein Qualitäts-Ring-Radiologie zertifizierten Mammographie Arbeitsplatz zur Verfügung und ein hochauflösende Ultraschallgeräte zum Equipment.

Wir sind stolz darauf, Ihnen eine breite Palette an modernen radiologischen Dienstleistungen in Diagnostik und Therapie anbieten zu können. Unser Team besteht aus hochqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die ständig weitergebildet werden, um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu bieten.

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Zentrale Abteilung für Radiologie
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Jörg Michael Neuerburg
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0203 / 508 - 1320
Fax	0203 / 508 - 1323
E-Mail	joerg.neuerburg@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstraße 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken

**B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

Kommentar / Erläuterung

---

**B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR00	Angioplastie von Gefäßverengungen und Verschlüssen	Sind Blutgefäße durch Gefäß- oder Tumorerkrankungen verlegt, können sie mit Hilfe von Kathetern sondiert, und durch spezielle Ballonkatheter oder Drahtkörbchen wiedereröffnet werden. Diese Behandlung erfolgt unter Röntgendarstellung der betroffenen Blutgefäße.
VR00	CT-gesteuerte Sympathicolyse	Blutgefäße, die durch Gerinnsel verstopft sind, können durch spezielle Medikamente aufgelöst werden. Die Blutgefäße können so wieder durchgängig gemacht werden. Auch verlegte Dialyse-Shunts können so wieder eröffnet werden.
VR00	Lyse-Therapie von Blutgefäßen	
VR00	PTCD Ableitung gestauter Gallenflüssigkeit	Bei Abflussstörungen der Galle besteht eine Möglichkeit, die Gallenflüssigkeit abzuleiten, in der Punktion der Gänge mit anschließender Einlage einer Drainage. Eventuell ist auch die Wiederherstellung eines natürlichen Abstroms der Galle möglich.
VR00	Radio-Frequenz-Ablation maligner Tumore	Bei Patienten mit bösartigen Lebererkrankungen (Leberkrebs, Lebermetastasen) führen wir eine mit Hilfe der Computertomographie gesteuerte Zerstörung der Zellstrukturen von Tumorzellen mittels Temperatureinwirkung durch (sog. CT-gesteuerte Radiofrequenzablation maligner Leberläsionen).
VR00	Stentgraftbehandlung von Bauchaortenaneurysmen	Patienten mit krankhaften Aussackungen der Bauchschlagader (Aortenaneurysmen) können mittels Einlage eines Stents behandelt werden. Der Stent schient das Blutgefäß und soll ein weiteres Aussacken sowie einen Riss oder eine Blutung verhindern.
VR00	Tumorembolisation	Bei Patienten mit Tumoren/Blutungen der Leber und der Niere kann eine Ausschaltung der Durchblutung mit Spiralen, Partikeln und/oder Flüssigkleber erreicht werden (Embolisation).
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR04	Duplexsonographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	Bei Patienten mit starken Durchblutungsstörungen der Beine kann eine Verbesserung der Durchblutung durch Ausschaltung der für die Gefäßverengung verantwortlichen Nerven erreicht werden.
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	Mehrschicht-CT (16 Zeiler); wir führen CT- gesteuerte Punktionen krankhafter oder suspekter Organe und Gewebe durch.
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	Alle Organe können mittels der Magnetresonanztomographie untersucht werden. Dabei wird der Körper Impulsen eines starken Magnetfeldes ausgesetzt. Durch die unterschiedliche Reaktion verschiedener Gewebe auf das Magnetfeld entstehen Schnittbilder des Körpers einer besonders hohen Auflösung.
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Bei der Magnetresonanztomographie werden spezielle Kontrastmittel eingesetzt, die allerdings nicht mit konventionellen Röntgenkontrastmitteln gleichzusetzen sind und daher deutlich seltener zu Unverträglichkeitsreaktionen führen.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	Wir führen die Magnetresonanztomographie des Herzens auch in der Kinderkardiologie durch. Bei der MR-Sellink Methode entstehen hochaufgelöste Bilder des gesamten Dünndarms. Mit der Magnetresonanz (MR)- Urographie lassen sich Funktion und Morphologie von Niere und Harnleiter bestimmen.
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	Kardiale CT mit Koronarkalkquantifizierung; kardiale MRT mit Bestimmung der LV- und RVFunktionsparameter, MRFlussmessungen (Herzklappen, Shunt).
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR47	Tumorembolisation	

### B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[8].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

### B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-990	3397	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-226	2574	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3-225	2558	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-222	2292	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
8-831	1667	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
3-206	1179	Native Computertomographie des Beckens
3-207	1161	Native Computertomographie des Abdomens
3-221	632	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-202	428	Native Computertomographie des Thorax
3-24x	352	Andere Computertomographie-Spezialverfahren

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

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Radiologische Ambulanz Sabine Kübler	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtes Spektrum der diagnostischen und interventionellen Radiologie (VX00)</li> </ul>	durch im Haus ermächtigte Ärzte
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Prof. Dr. Neuerburg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtes Spektrum der diagnostischen und interventionellen Radiologie (VX00)</li> </ul>	

### B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein



## B-[8].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3
Fälle je VK/Person	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF23	Magnetresonanztomographie - fachgebunden - (MWBO 2003)	
ZF38	Röntgendiagnostik - fachgebunden - (MWBO 2003)	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

## B-[9].1 Zentrale Abteilung für Neuroradiologie

### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



*MRT in der Nahaufnahme.*

### Einleitungstext

Die Zentrale Abteilung für Neuroradiologie befasst sich mit der Diagnostik und der minimal-invasiven Therapie von Erkrankungen des zentralen Nervensystems, seiner umgebenden Strukturen sowie den versorgenden Blutgefäßen mithilfe bildgebender Verfahren. Zur Diagnostik von Erkrankungen des zentralen Nervensystems und seiner umgebenden Strukturen bedient sich die Neuroradiologie allen aktuellen bildgebenden Verfahren. Hierzu gehören neben der konventionellen Röntgentechnik, die Computertomographie, die Angiographie sowie die Kernspintomographie. Daneben sind wir auf verschiedene therapeutische Verfahren spezialisiert. Ein Schwerpunkt liegt in der endovaskulären Therapie von Gefäßverschlüssen beim ischämischen Schlaganfall sowie in der endovaskulären Versorgung von Aneurysmen der Hirngefäße.

Durch die enge Kooperation mit den Kliniken des Verbunds, insbesondere mit der Klinik für Neurologie und der Klinik für Neurochirurgie, trägt die Zentrale Abteilung für Neuroradiologie mit dazu bei, die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf höchstem Niveau zu gewährleisten.

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Zentrale Abteilung für Neuroradiologie
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Markus Heddier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0203 / 508 - 1291
Fax	0203 / 508 - 1293
E-Mail	markus.heddier@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstraße 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	<a href="https://www.evkl.n.de/zentrale-fachabteilungen/neuroradiologie.html">https://www.evkl.n.de/zentrale-fachabteilungen/neuroradiologie.html</a>

**B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

Kommentar / Erläuterung

---

### B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR00	Minimal invasive Schmerztherapie	Computertomographisch gesteuerte minimal invasive Therapie von lumbalen Wurzelreizsyndromen.
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	Zu den Spezialverfahren der Computertomographie gehören Mehrschichtverfahren, Durchblutungsdarstellung und Gefäßdarstellung (PerfusionsComputertomographie, CT-Angiographie) sowie die 3- dimensionale Darstellung von krankhaften Veränderungen des Gehirns bei der OP-Vorbereitung
VR15	Arteriographie	Arteriographie mittels biplaner DSA-Anlage neuester Generation.
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	Alle Organe können mittels der Magnetresonanztomographie untersucht werden. Dabei wird der Körper Impulsen eines starken Magnetfeldes ausgesetzt. Durch die unterschiedliche Reaktion verschiedener Gewebe auf das Magnetfeld entstehen Schnittbilder des Körpers mit einer besonders hohen Auflösung.
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Bei der Magnetresonanztomographie werden spezielle Kontrastmittel eingesetzt, die allerdings nicht mit konventionellen Röntgenkontrastmitteln gleichzusetzen sind und deutlich seltener zu Unverträglichkeitsreaktionen führen.
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	Durch Spezialverfahren gelingt es, den Aussage Wert der Magnetresonanztomographie noch zu erhöhen. Hierzu zählen die sog. Diffusiongewichtete MRT, Perfusions-MRT, MR-Protonenspectroskopie, MR-Angiographie und funktionelle MRT.
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Durch CT oder MRT gewonnene Bilder können 3-dimensional ausgewertet werden. Hierdurch entsteht ein räumliches Abbild der untersuchten Körperregionen, dabei können auch einzelne Organe, Gewebe oder Blutgefäße isoliert dargestellt werden (Multiplanare Rekonstruktion).
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	Die 3-dimensionale Darstellung von Blutgefäßen kann im zeitlichen Verlauf dargestellt werden (sog. zeitaufgelöste Kontrastmittel MR-Angiographie (KM-MRA)).
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	CT und MR Perfusion, funktionales MRT.
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	Nur Notfallversorgung Computertomographie.
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	Patienten mit Aussackungen der Hirngefäße (Aneurysmen) werden heute primär endovaskulär versorgt. Hierbei wird die Aussackung mit einem sehr feinen Katheter von einer Arterie in der Leiste aus sondiert, dann werden kleinste Metallspiralen in die Aussackung eingebracht.
VR47	Tumorembolisation	Tumoren des Gehirns und des Rückenmarks können mit verschiedenen Verfahren verödet werden. Hierzu sondiert man die Blutgefäße mit kleinen Kathetern und verlegt die den Tumor versorgenden Blutgefäße mit Medikamenten, Partikeln oder Metallspiralen.

### B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[9].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

## B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-990	6280	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-200	5096	Native Computertomographie des Schädels
3-800	1794	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
8-83b	906	Zusatzinformationen zu Materialien
3-802	892	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-203	847	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-220	602	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-993	556	Quantitative Bestimmung von Parametern
3-820	524	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
1-204	423	Untersuchung des Liquorsystems

## B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	KV-Amb. Heddier	◦ Neuroradiologie (VR43)	
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Heddier	◦ Neuroradiologie (VR43)	

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

trifft nicht zu / entfällt

## B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[9].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,66
Fälle je VK/Person	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,66
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

## B-[10].1 Zentrale Abteilung für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin

### Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



### Einleitungstext

Für unsere Patientinnen und Patienten gewährleisten wir schnelle und präzise Diagnosen. Die Zentrale Abteilung für Laboratoriumsmedizin analysiert im Jahr mehr als 3 Millionen Proben und ist dabei auf über 300 verschiedene Untersuchungsmethoden spezialisiert. Die Leistungen umfassen u.a. die Beschaffung und Bereitstellung von passendem Blut und Blutprodukten für Patientinnen und Patienten aller Kliniken im Verbund. Darüber hinaus werden auch transfusionsmedizinische Spezialfälle direkt vor Ort analysiert. Das Labor ist nach der anerkannten Norm DIN ISO 15189 akkreditiert. So wird die Einhaltung höchster Qualitätsstandards durch regelmäßige externe Begutachtungen sichergestellt.

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Zentrale Abteilung für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Claudia Baumann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin bis zum 01.07.2025
Telefon	0208 / 881 - 3458
Fax	0208 / 881 - 3477
E-Mail	claudia.baumann@eko.de
Strasse / Hausnummer	Virchowstraße 20
PLZ / Ort	46047 Oberhausen
URL	

Name	Nanda Padval
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stellv. Laborleitung
Telefon	0203 / 451 - 3232

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken
 

---

Fax	
E-Mail	nanda.padwal@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrnerstraße 133-135
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	<a href="https://www.evkln.de/zentrale-fachabteilungen/laboratoriumsmedizin.html">https://www.evkln.de/zentrale-fachabteilungen/laboratoriumsmedizin.html</a>

Name	Dr. rer. nat. Alexander Schönefuß
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Technisch-operative Laborleitung
Telefon	0203 / 451 - 3683
Fax	0203 / 451 - 3296
E-Mail	alexander.schoenefuss@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrnerstraße 133-135
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	<a href="https://www.evkln.de/zentrale-fachabteilungen/laboratoriumsmedizin.html">https://www.evkln.de/zentrale-fachabteilungen/laboratoriumsmedizin.html</a>

**B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

V  
 Kommentar / Erläuterung

---

### B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI27	Spezialsprechstunde	Reisemedizin
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI42	Transfusionsmedizin	Der Chefarzt der Abteilung für Laboratoriumsmedizin ist Leiter des Blutdepots. Der Qualitätsbeauftragte für die Hämotherapie erstellt und aktualisiert das Qualitätsmanagement-Handbuch, berichtet intern an die Transfusionskommission und extern an die Ärztekammer.
VX00	Hygiene und Medizinische Mikrobiologie	Die Abteilung für Laboratoriumsmedizin führt die mikrobiologische Diagnostik durch, bewertet die Erregerspektren und spricht Therapieempfehlungen aus. Der Klinikverbund nimmt an externen Vergleichsuntersuchungen teil.
VX00	Labordiagnostik und Klinische Chemie	Die Zentrale Abteilung für Laboratoriumsmedizin verfügt über zahlreiche labordiagnostische Methoden. Alle Methoden werden durch interne und externe Qualitätssicherungsverfahren überwacht. Auf diese Weise kann der höchstmögliche Sicherheitsstandard für diese Verfahren eingehalten werden.

### B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[10].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

### B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

### B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Baumann	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)</li> <li>◦ Transfusionsmedizin (VI42)</li> <li>◦ Labordiagnostik und Klinische Chemie; Hygiene und Medizinische Mikrobiologie (VX00)</li> </ul>	

### B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[10].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF11	Hämostaseologie	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung**



**Einleitungstext**

Für die Betreuung schwer kranker und unheilbarer Patientinnen und Patienten verfügt unsere Klinik über eine Sektion Palliativmedizin. Ziele sind die Steigerung der Lebensqualität und Linderung von Symptomen bei fortgeschrittenen nicht heilbaren Erkrankungen und dazu gehören: Krebserkrankungen, neurologische Erkrankungen wie ALS, Nierenerkrankungen sowie Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen. Die Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Station im Evangelischen Krankenhaus Dinslaken (EKD). Da wir unterschiedliche berufliche Erfahrungen mitbringen, können wir den Erkrankten die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Behandlung und Begleitung anbieten. Gemeinsames Ziel ist die Behandlung und Linderung von schwierigen Symptomen wie Schmerz, Übelkeit, Luftnot, Angst, Verstopfung und Schwäche. Die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität für unsere Patientinnen und Patienten liegt uns am Herzen. Wir unterstützen die Angehörigen in akuten Krisensituationen und bei schwierigen Entscheidungen, suchen gemeinsam mit ihnen nach Hilfestellung für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt und lassen sie auch in ihrer Trauer nicht allein.

**Angaben zur Fachabteilung**

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Sektion Palliativmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3752
Art der Abteilung	Hauptabteilung

**Leitende Ärztin/Leitender Arzt**

Name	Dr. med. Heike Sczeppek
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Oberärztin
Telefon	02064 / 42 - 2262
Fax	
E-Mail	heike.sczeppek@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstr. 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	<a href="https://www.evkl.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/palliativ/">https://www.evkl.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/palliativ/</a>

**B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

Kommentar / Erläuterung

---

### B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI38	Palliativmedizin	
VI40	Schmerztherapie	

### B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	145
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[11].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C34	26	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C25	10	Bösartige Neubildung des Pankreas
C50	10	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C61	9	Bösartige Neubildung der Prostata
C22	8	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C68	7	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C67	6	Bösartige Neubildung der Harnblase
C15	5	Bösartige Neubildung des Ösophagus
C20	5	Bösartige Neubildung des Rektums
C18	4	Bösartige Neubildung des Kolons

### B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-982	86	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98e	59	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-800	17	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
1-774	4	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)
1-773	< 4	Multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalassessment
8-810	< 4	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen

### B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

### B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

keine Angaben

### B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

## B-[11].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,6
Fälle je VK/Person	90,62500

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,6
Fälle je VK/Person	90,62500
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	12,77
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,77
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	12,77
Fälle je VK/Person	11,35473

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,06
Fälle je VK/Person	2416,66666

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,25
Fälle je VK/Person	116,00000

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,1

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,1
Fälle je VK/Person	131,81818

### Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	1450,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

## B-[12].1 Sektion Altersmedizin

### Einleitungstext

Auch im hohen Alter möglichst noch selbstständig leben: ein Wunsch, den sicherlich jeder hat! Plötzlich auftretende akute sowie chronisch-fortschreitende Erkrankungen stehen diesem Ziel entgegen. Genauso verhält es sich mit typischen altersbedingten Einschränkungen der individuellen Fähigkeiten. Unsere Sektion Altersmedizin (Geriatric) am Evangelischen Krankenhaus Dinslaken (EKD) ist spezialisiert auf die ganzheitliche Behandlung älterer Menschen, um sie für ein eigenständiges Leben zu befähigen.

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Sektion Altersmedizin
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art der Abteilung	Hauptabteilung

### Leitende Ärztin/Leitender Arzt

Name	Dr. med. Nicola Zimansky
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Abteilungsärztin
Telefon	02064 / 42 - 2927
Fax	
E-Mail	nicola.zimansky@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstr. 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	<a href="https://www.evkln.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/abteilung-fuer-altermedizin-ev-krankenhaus-dinslaken/">https://www.evkln.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/abteilung-fuer-altermedizin-ev-krankenhaus-dinslaken/</a>

## B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

 Ja

V  
 Kommentar / Erläuterung

**B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI39	Physikalische Therapie	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	

**B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	467
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[12].6 Diagnosen nach ICD**

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S72	179	Fraktur des Femurs
I63	26	Hirnfarkt
I50	25	Herzinsuffizienz
S32	24	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
E86	17	Volumenmangel
N39	13	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
R29	13	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
S82	13	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
S42	12	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
J18	9	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet

**B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-550	468	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
9-320	410	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
8-800	17	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-98g	12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
8-831	< 4	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
8-919	< 4	Komplexe Akutschmerzbehandlung
8-018	< 4	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
8-812	< 4	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen

**B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

keine Angaben

**B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

trifft nicht zu / entfällt

**B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

 Nein

stationäre BG-Zulassung

 Nein

## B-[12].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	3,43
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,43
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,43
Fälle je VK/Person	136,15160

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,8
Fälle je VK/Person	259,44444
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	13,67
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	13,67
Fälle je VK/Person	34,16239

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,75
Fälle je VK/Person	622,66666

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	3,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,48
Fälle je VK/Person	134,19540

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,9
Fälle je VK/Person	518,88888

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,78
Fälle je VK/Person	262,35955

### Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	4670,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung**



*Sektionsleiter Dr. med. Werner Moser*

**Einleitungstext**

Schmerzen sind mehr als nur unangenehm - sie können das Leben stark beeinträchtigen. Wenn Schmerzen zur täglichen Herausforderung werden, ist eine professionelle Hilfe ratsam. Im Gegensatz zu akuten Schmerzen, die als Reaktion auf eine Verletzung oder Erkrankung auftreten und in der Regel nach einiger Zeit wieder nachlassen, können chronische Schmerzen monatelang oder auch jahrelang andauern. Die Ursachen von Schmerzen zu erkennen und nachhaltig zu behandeln ist das Ziel der Sektion Schmerzmedizin. Wir sind uns bewusst, dass Schmerzen von jedem Menschen individuell erlebt werden. Deshalb passen wir die Schmerzbehandlung individuell an Ihre Bedürfnisse an. Dabei sind wir davon überzeugt, dass ein ganzheitlicher Ansatz in der Schmerzbehandlung zu langfristigen Erfolgen und einer verbesserten Lebensqualität führt.

**Angaben zur Fachabteilung**

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Sektion Schmerzmedizin
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

**Leitende Ärztin/Leitender Arzt**

Name	Dr. med. Werner Moser
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Abteilungsarzt
Telefon	02064 / 42 - 2889
Fax	
E-Mail	werner.moser@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstraße 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken
URL	<a href="https://www.evkl.de/zentrale-fachabteilungen/anaesthesiologie-und-intensivmedizin/medizinische-schwerpunkte/sektion-schmerzmedizin.html">https://www.evkl.de/zentrale-fachabteilungen/anaesthesiologie-und-intensivmedizin/medizinische-schwerpunkte/sektion-schmerzmedizin.html</a>

---

**B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

Kommentar / Erläuterung

---

### B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI40	Schmerztherapie	

### B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	190
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[13].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F45	95	Somatoforme Störungen
M54	40	Rückenschmerzen
M25	10	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
B02	7	Zoster [Herpes zoster]
M79	4	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
G44	< 4	Sonstige Kopfschmerzsyndrome
M48	< 4	Sonstige Spondylopathien
M53	< 4	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
R52	< 4	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
R10	< 4	Bauch- und Beckenschmerzen

### B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-918	139	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
8-91b	18	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung
8-910	16	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
8-915	15	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
8-914	9	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie
8-917	< 4	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie

### B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

keine Angaben

### B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[13].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,71
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,71
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,71
Fälle je VK/Person	111,11111

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,71
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,71
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,71
Fälle je VK/Person	111,11111
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	2,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,07
Fälle je VK/Person	91,78743

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,27
Fälle je VK/Person	703,70370

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,11
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,11
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,11
Fälle je VK/Person	1727,27272

#### Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1

Evangelisches Krankenhaus Dinslaken		
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,1	
Fälle je VK/Person	1900,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

## Teil C - Qualitätssicherung

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

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Herzschrittmacher-Implantation 09/1	252	100,40	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel 09/2	60	101,67	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation 09/3	46	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation 09/4	103	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel 09/5	45	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation 09/6	52	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Karotis-Revaskularisation 10/2	67	100,00	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Gynäkologische Operationen 15/1	8	100,00	5		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Geburtshilfe 16/1	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung 17/1	61	100,00	25		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Mammachirurgie 18/1	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Cholezystektomie CHE	242	100,00	126		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Dekubitusprophylaxe DEK	711	100,00	258		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herzchirurgie HCH	1105	99,91	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe HCH_AK_CHIR	177	100,56	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Koronarchirurgische Operation HCH_KC	581	99,83	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Offen chirurgische Mitralklappeneingriffe HCH_MK_CHIR	166	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe HCH_MK_KATH	52	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung HEP	286	100,35	234		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation HEP_IMP	255	100,39	204		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel HEP_WE	33	100,00	30		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM	1	Datenschutz	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM_MKU	1	Datenschutz	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Herztransplantation HTXM_TX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Knieendoprothesenversorgung KEP	210	100,00	210		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation KEP_IMP	206	100,00	206		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel KEP_WE	4	100,00	4		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leberlebendspende LLS	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation LTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation LUTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie NEO	49	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Nierenlebendspende NLS	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) PCI_LKG	2117	100,33	28		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation PNTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

**Kennzahl-ID:** 10211

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 6,99

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 6,63 - 7,35

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 10271

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,97

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,94 - 1,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 11704

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,01

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,93 - 1,09

### Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz

### Ergebnis im Berichtsjahr:

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

**Kennzahl-ID:** 11724

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,96

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,86 - 1,07

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

**Kennzahl-ID:** 12874

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,88

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,79 - 0,97

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 161800

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** ‰

**Bundesergebnis:** 92,31

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 92,01 - 92,60

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 162301

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** TKeZ

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 1,46

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,27 - 1,67

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Kennzahl-ID:** 162304

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 1,83

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,42 - 2,35

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 172000\_10211

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** EKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 11,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 9,82 - 12,27

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:** 1

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 172001\_10211**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)**Typ des Ergebnisses:** EKez**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:** %**Bundesergebnis:** 12,40**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 11,38 - 13,47**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung: 2

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

**Kennzahl-ID:** 191800\_54120

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** KKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

### Einheit:

**Bundesergebnis:** 1,03

### Referenzbereich (bundesweit):

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,08

### Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 1,55

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:** 1

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 191801\_54120

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** KKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Einheit:

**Bundesergebnis:** 0,99

### Referenzbereich (bundesweit):

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,95 - 1,04

### Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

### Ergebnis im Berichtsjahr:

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung: 2

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 191914

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,94

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,91 - 0,97

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,22

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,48 - 2,87

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 51445

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 1,74

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,31 - 2,32

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 51448

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 2,23

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,31 - 3,77

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

### Rechnerisches Ergebnis:

### Vertrauensbereich (Krankenhaus):

### Ergebnis im Berichtsjahr:

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 51859

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Typ des Ergebnisses:** TKeZ

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 3,10

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 2,76 - 3,49

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 51860

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 3,05

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 2,43 - 3,82

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 51865**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)**Typ des Ergebnisses:** TKez**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:****Bundesergebnis:** 1,05**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,90 - 1,22**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 51873

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,92

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,81 - 1,05

### Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

### Rechnerisches Ergebnis:

### Vertrauensbereich (Krankenhaus):

### Ergebnis im Berichtsjahr:

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 51906

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,08

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,14

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,02 - 80,28

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 52009

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bundesergebnis:** 1,06

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,05 - 1,07

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 3,32

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 2,62 - 4,21

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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 Stufenverfahren 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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 52010

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,00 - 0,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 0,05

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 521800**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen**Typ des Ergebnisses:** TKez**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:** %**Bundesergebnis:** 0,01**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,01 - 0,01**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 0,05**Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 521801

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** ‰

**Bundesergebnis:** 0,06

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,06 - 0,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,15

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,09 - 0,27**Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 52240**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:** %**Bundesergebnis:** 6,98

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Referenzbereich (bundesweit):**

Vertrauensbereich (bundesweit): 3,24 - 14,40

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

**Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:****Qualitätsindikator:** Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter**Kennzahl-ID:** 52283**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 3,01

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 2,91 - 3,11

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,01 - 44,48

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 52326

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,35

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,35 - 0,35

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,79

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,61 - 1,02

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:****Qualitätsindikator:** Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation**Kennzahl-ID:** 54003**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:** %**Bundesergebnis:** 8,15**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 7,95 - 8,35**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:** 12,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 5,62 - 23,80**Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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

## Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

## Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

## Risikoadjustierte Rate:

## Bezug andere QS Ergebnisse:

## Sortierung:

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

**Kennzahl-ID:** 54012

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,91

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,89 - 0,93

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,18

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,69 - 1,96

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54013

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 0,89

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,83 - 0,95

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 54015

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,05

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54016

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bundesergebnis:** 0,93

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,90 - 0,96

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 1,46

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54017

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,92

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,88 - 0,96

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 0,83

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54018

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bundesergebnis:** 0,96

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,93 - 1,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 1,52

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54019

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,93

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,90 - 0,96

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

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

**Kennzahl-ID:** 54028

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,82

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,77 - 0,88

### Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 4,26

### Ergebnis im Berichtsjahr:

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen 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)

**Kennzahl-ID:** 54029

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,01

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,96 - 1,07

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 5,60

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

**Kennzahl-ID:** 54030

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 7,57

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 7,37 - 7,78

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 20,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 8,86 - 39,13

### Ergebnis im Berichtsjahr:

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

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

**Kennzahl-ID:** 54033

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,02

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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?](#) 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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54042

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,05

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,07

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,24

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,50 - 2,68

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 54046

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bundesergebnis:** 0,97

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,93 - 1,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 2,80

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54120

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,01

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,04

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56003

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 81,10

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Referenzbereich (bundesweit):

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 80,65 - 81,55

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 56004

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS**

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein**

**Einheit: %**

**Bundesergebnis: 1,51**

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit): 1,38 - 1,66**

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /**

**Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

**Kennzahl-ID:** 56008

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,23

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,22 - 0,24

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 8,51

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

**Kennzahl-ID:** 56014

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 95,08

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 94,86 - 95,30

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 56100

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,09

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,03 - 1,17

### Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

### Rechnerisches Ergebnis:

### Vertrauensbereich (Krankenhaus):

### Ergebnis im Berichtsjahr:

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 56101

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,03

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,00 - 1,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 56103

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 89,18

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Vertrauensbereich (bundesweit):** 89,06 - 89,29**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 56104

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 86,68

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 86,60 - 86,76

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 56105

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 85,11

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 85,05 - 85,17

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

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

**Kennzahl-ID:** 56106

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 75,09

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Vertrauensbereich (bundesweit):** 74,95 - 75,23**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 56107

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 89,65

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 89,36 - 89,94

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56108**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:** Punkte**Bundesergebnis:** 80,49**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 80,28 - 80,70**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

**Kennzahl-ID:** 56109

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 84,20

**Referenzbereich (bundesweit):**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 84,01 - 84,39

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Kennzahl-ID:** 56110

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 91,25

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 91,02 - 91,49

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

**Kennzahl-ID:** 56111**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:** Punkte**Bundesergebnis:** 79,82**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 79,64 - 80,01**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

**Kennzahl-ID:** 56112

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 61,62

**Referenzbereich (bundesweit):**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 61,39 - 61,85

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56113

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 49,11

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 48,50 - 49,70

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 56114

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 91,88

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 91,32 - 92,42

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 56115

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 78,26

**Referenzbereich (bundesweit):**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 77,99 - 78,54

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 56116

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 93,53

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 93,34 - 93,71

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:****Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Kennzahl-ID:** 56117**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:****Bundesergebnis:** 1,02**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,00 - 1,04**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 56118

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,99

**Referenzbereich (bundesweit):**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,97 - 1,01

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 58000

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,95

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,90 - 1,01

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 2,40

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 58001**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:****Bundesergebnis:** 1,00**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,02**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz**Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 58002

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,92

**Referenzbereich (bundesweit):**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,88 - 0,96

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 1,43

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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 Stimmungsverfahren 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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Kennzahl-ID:** 58003

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,02

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 58004

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,06

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,09

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 2,02

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,90 - 3,97

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

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

**Kennzahl-ID:** 58005

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bundesergebnis:** 1,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,97 - 1,03

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

**Kennzahl-ID:** 58006

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,97 - 1,04

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 605**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)**Typ des Ergebnisses:** TKez**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:** %**Bundesergebnis:** 1,36**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,17 - 1,58**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz**Ergebnis im Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**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/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 606

**Leistungsbereich:** Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 2,15

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,56 - 2,97**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 60685**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)**Typ des Ergebnisses:** QI

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS**

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein**

**Einheit: %**

**Bundesergebnis: 0,77**

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit): 0,69 - 0,85**

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /**

**Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 60686

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 18,44

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 17,71 - 19,19

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:****Qualitätsindikator:** 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**Kennzahl-ID:** 612**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein**Einheit:** %**Bundesergebnis:** 89,36**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 89,05 - 89,67**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz**Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

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

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

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

keine Angaben

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

### Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Alle Fachbereiche

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Aktion Saubere Hände (ASH)

Ergebnis: Bronze Zertifikat

Messzeitraum: kontinuierlich

Datenerhebung:

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/krankenhaeuser/>

**Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Leistungsbereich: Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie - Endoprothesenzentrum

Bezeichnung des Qualitätsindicators: Anforderungen an Endoprothesenzentren der Fachgesellschaft und endocert, Endoprothesenregister

Ergebnis: Vorgaben wurden erfüllt

Messzeitraum: Jährlich

Datenerhebung: Vollerhebung

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindicators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

<http://www.endocert.de/endocert/zertifizierte-endoprothetikzentren.html>

Leistungsbereich: Krankenhausapotheke

Bezeichnung des Qualitätsindicators: Apothekenspezifisches QM-System

Ergebnis: Qualitäts-Zertifikat

Messzeitraum:

Datenerhebung: jährlich

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindicators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

<https://www.abda.de/themen/apotheke/qualitaetssicherung0/>

Leistungsbereich: Alle Fachbereiche

Bezeichnung des Qualitätsindicators: KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System)

Ergebnis: keine Auffälligkeiten im Benchmark

Messzeitraum:

Datenerhebung: kontinuierlich

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindicators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/>

Leistungsbereich: Darmkrebszentrum

Bezeichnung des Qualitätsindicators: Kennzahlen des Darmkrebszentrums gem. Fachgesellschaft und DKG

Ergebnis: Einhaltung der Vorgaben der Fachgesellschaft

Messzeitraum: Jährlich

Datenerhebung: Vollerhebung

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindicators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

<http://www.onkozert.de/darmzentren.htm>

Leistungsbereich: Alle Fachbereiche

Bezeichnung des Qualitätsindicators: MRSA-Prävention

Ergebnis: Qualitätssiegel (EQS1)

Messzeitraum:

Datenerhebung: kontinuierlich

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindicators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

[https://www.lzg.nrw.de/inf\\_schutz/krkhs-hygiene/mre\\_netzwerke/siegel/index.html](https://www.lzg.nrw.de/inf_schutz/krkhs-hygiene/mre_netzwerke/siegel/index.html)

Leistungsbereich: alle Fachabteilungen

Bezeichnung des Qualitätsindicators: Qualitätssicherung aus Routinedaten, Zahlreiche

Ergebnis: Unterschiedliche Ergebnisse aus allen Fachbereichen zum

**Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Messzeitraum: Jährlich
Datenerhebung: Vollerhebung
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <a href="http://www.klinikfuehrrheinland.de/bqs_kennzahlen_liste.php?bqs_liste=2">http://www.klinikfuehrrheinland.de/bqs_kennzahlen_liste.php?bqs_liste=2</a>
Leistungsbereich: Zentrale Abteilung für Laboratoriumsmedizin Ringversuche aller Laborgeräte
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Ringversuche Laborgeräte
Ergebnis: Regelrechte Funktion aller eingesetzten Geräte
Messzeitraum: 4 x Jährlich
Datenerhebung: Vollerhebung
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:
Leistungsbereich: Zentrale Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators: rs Qualitätssicherung des Mammografiegerätes
Ergebnis: Einhaltung der Vorgaben gewährleistet
Messzeitraum: Jährlich
Datenerhebung: Vollerhebung
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

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

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

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterung
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	207		

**C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

Leistungsbereich	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	207
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	235
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt	ja
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	
Sondergenehmigung der Landesbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erteilt	

**C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")**

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar / Erläuterung
CQ31	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	

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

keine Angaben

### C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	32
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	30
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	29

(\* ) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

### C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

#### 8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Interdisziplinäre Intensivstation, Unfallchirurgie	Intensivmedizin	EKD ANINT	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Interdisziplinäre Intensivstation, Unfallchirurgie	Intensivmedizin	EKD ANINT	Tag	91,67	0	Starke Erhöhung der Patientenzahl
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D8	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D9	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D9	Tag	100,00	0	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D3	Nacht	100,00	0	an einigen Tagen geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D3	Tag	100,00	0	an einigen Tagen geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D8	Tag	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D2	Tag	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D2	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D5	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D5	Tag	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D4	Tag	100,00	0	Aufnahmestation, Besetzung von 6:00 - 16:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten
Innere Medizin, Kardiologie	Geriatric	EKD DE	Nacht	100,00	0	
Innere Medizin, Kardiologie	Innere Medizin, Kardiologie	EKD DE	Tag	100,00	0	
Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D7	Tag	100,00	0	
Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D7	Nacht	100,00	0	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Kardiologie, Unfallchirurgie, allgemeine Chirurgie, innere Medizin	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D6	Tag	100,00	0	Belegung nur an 3 Tagen im Tagdienst; an einigen Tagen geschlossen
Kardiologie, Unfallchirurgie, allgemeine Chirurgie, innere Medizin	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D6	Nacht	100,00	0	an einigen Tagen geschlossen
innere Medizin	Innere Medizin	EKD D6 SM	Nacht	100,00	0	Belegung ab dem 26.2.; Belegung bis zum 14.3.
innere Medizin	Innere Medizin	EKD D6 SM	Tag	100,00	0	Belegung ab dem 26.2.; Belegung bis zum 14.3.

### 8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Interdisziplinäre Intensivstation, Unfallchirurgie	Intensivmedizin	EKD ANINT	Tag	75,68	Starke Erhöhung der Patientenzahl
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Interdisziplinäre Intensivstation, Unfallchirurgie	Intensivmedizin	EKD ANINT	Nacht	95,63	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D9	Nacht	72,40	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D3	Nacht	89,37	an einigen Tagen geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D8	Nacht	77,05	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D8	Tag	93,72	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D9	Tag	89,89	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D3	Tag	88,57	an einigen Tagen geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D2	Tag	92,62	
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D5	Nacht	78,42	
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D5	Tag	71,04	
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D2	Nacht	77,60	
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Unfallchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D4	Tag	100,00	Aufnahmestation, Besetzung von 6:00 - 16:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten
Innere Medizin, Kardiologie	Geriatric	EKD DE	Nacht	100,00	
Innere Medizin, Kardiologie	Innere Medizin, Kardiologie	EKD DE	Tag	100,00	
Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D7	Nacht	85,71	
Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie	Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D7	Tag	97,21	
Kardiologie, Unfallchirurgie, allgemeine Chirurgie, innere Medizin	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D6	Tag	96,18	Belegug nur an 3 Tagen im Tagdienst; an einigen Tagen geschlossen
Kardiologie, Unfallchirurgie, allgemeine Chirurgie, innere Medizin	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	EKD D6	Nacht	100,00	an einigen Tagen geschlossen

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
innere Medizin	Innere Medizin	EKD D6 SM	Nacht	100,00	Belegung ab dem 26.2.; Belegung bis zum 14.3.
innere Medizin	Innere Medizin	EKD D6 SM	Tag	100,00	Belegung ab dem 26.2.; Belegung bis zum 14.3.

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

keine Angaben

**C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien**

trifft nicht zu / entfällt