

Strukturierter Qualitätsbericht 2024



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	9
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	11
A-11.2 Pflegepersonal	11
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik	13
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal	13
A-11.3.2 Genesungsbegleitung	14
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
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
A-13 Besondere apparative Ausstattung	24
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	25
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
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	26
B-[1].1 Klinik für Akut- und Notfallmedizin	26
B-[2].1 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	31
B-[3].1 Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie	38
B-[4].1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	44
B-[5].1 Klinik für Augenheilkunde	49
B-[6].1 Klinik für Gefäßchirurgie	57
B-[7].1 Klinik für Neurochirurgie	63
B-[8].1 Klinik für Neurologie	69
B-[9].1 Klinik für Wirbelsäulenchirurgie	77
B-[10].1 Sektion neurologische Frührehabilitation	82
B-[11].1 Sektion für Unfallchirurgie und Sportmedizin	87
B-[12].1 Zentrale Abteilung für Laboratoriums -und Transfusionmedizin	95
B-[13].1 Zentrale Abteilung für Radiologie	99
B-[14].1 Zentrale Abteilung für Neuroradiologie	104
B-[15].1 Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	109
Teil C - Qualitätssicherung	114
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	114
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	114
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung	116
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	327
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	327
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	327
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	329
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	329
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	330

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	330
C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	330
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	330
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	330
C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):	340
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	340

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord. Der Haupteingang befindet sich links neben der Cafeteria.

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.evkln.de/
URL für weitere Informationen	https://www.evkln.de/der-verbund.html
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none">◦ https://www.evkln.de/qualitaetsmanagement.html (Alle Qualitätsberichte zum Vergleich)

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Evangelisches Krankenhaus Duisburg-Nord
Institutionskennzeichen	260510325
Hausanschrift	Fahrner Straße 133-135 47169 Duisburg
Postanschrift	Fahrner Str. 133-135 47169 Duisburg
Telefon	0203 / 508 - 00
E-Mail	info@evkln.de
Internet	https://www.evkln.de/evangelisches-krankenhaus-duisburg-nord.html

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 Lütfring	Pflegedirektorin	0203 / 508 - 1340	0203 / 508 - 1343	heike.luetfring@evkln.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

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

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord
Institutionskennzeichen	260510325
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771251000
Hausanschrift	Fahrner Straße 133-135 47169 Duisburg
Postanschrift	Fahrner Str. 133-135 47169 Duisburg
Internet	https://www.evkln.de/evangelisches-krankenhaus-duisburg-nord.html

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Jörg Neuerburg	Stellv. Ärztlicher Direktor	0203 / 508 - 1320	0203 / 508 - 1323	joerg.neuerburg@evkln.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Simone Spangenberg	Örtliche Pflegedienstleitung	0203 / 508 - 1959	0203 / 508 - 1643	simone.spangenberg@evkln.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Kfm. Franz Hafner	Vorsitzender der Geschäftsführung	0203 / 508 - 1400		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
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
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	
MP26	Medizinische Fußpflege	Kooperation mit externen Partnern
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP38	Sehschule/Orthoptik	Sehschule der Klinik für Augenheilkunde
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	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Informationsveranstaltungen zu ausgewählten Erkrankungen, z.B. Prostatakarzinom, Diabetes, Adipositas, Darmkrebs, Demenz, Schmerz
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Sektion Neurologische Frührehabilitation
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		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
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		
NM68	Abschiedsraum		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Simone Spangenberg
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Örtliche Pflegedienstleitung
Telefon	0203 / 508 - 1959
Fax	
E-Mail	simone.spangenberg@evkln.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
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 Sanitäreinrichtungen	
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	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF21	Hilfsgeräte 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	Dozenten/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	234
-------------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	11038
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	28823
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)	129,60
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	129,60
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,00
Stationäre Versorgung	128,60

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	80,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	80,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,00
Stationäre Versorgung	79,49
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	1
-----------------	---

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)	269,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	269,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	11,21
Stationäre Versorgung	257,99

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	20,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,22

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	20,22

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,14

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	18,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,04
Stationäre Versorgung	18,51

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	14,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,34
Stationäre Versorgung	14,14

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	54,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	54,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,10
Stationäre Versorgung	54,22

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	6,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,52

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	13,06
----------------------------	-------

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	13,06

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	13,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	13,06

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,07

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	50,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	50,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,49
Stationäre Versorgung	50,15

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	41,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	41,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	41,79
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

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

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	2,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,00

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	0,25
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,25
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	2,67
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,67
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2,67
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker (SP14)
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	Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker (SP19)
Anzahl Vollkräfte	1,76
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,76
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	1,76
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	14,63
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,63
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	14,63
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	2
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26)
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 in der Stomatherapie (SP27)
Anzahl Vollkräfte	2
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
Anzahl Vollkräfte	5
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	5
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)
Anzahl Vollkräfte	9
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	9
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater (SP35)
Anzahl Vollkräfte	2,39
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,39
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2,39
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)
Anzahl Vollkräfte	6
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	6
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF) (SP43)
Anzahl Vollkräfte	2,05
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,05
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2,05
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) (SP55)
Anzahl Vollkräfte	13,82
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,82
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	13,82
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56)
Anzahl Vollkräfte	13,55
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,55
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	13,55
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	Entlassmanagement 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

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 (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	<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
Wolfgang Franzen	Patientenfürsprecher	0203 / 508 - 00		propatient.ekn@gmail.com
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	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Nein	Bereitstellung über das Herzzentrum Duisburg
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	Ja	
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	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 Abschlüsse 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	Modul der speziellen Notfallversorgung zur jeweiligen Notfallstufe
Stufe 2	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 Akut- und Notfallmedizin

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Schockraum im EKN

Einleitungstext

Notfälle passieren zu jeder Zeit. Die Klinik für Akut- und Notfallmedizin ist ebenso immer für Sie da. Unser Team versorgt rund um die Uhr Menschen nach einem Unfall sowie bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung. Alle Abläufe bei uns sind darauf abgestimmt, um keine lebenswichtige Zeit zu verlieren. Wir nehmen alle Notfälle rasch auf und sorgen innerhalb weniger Minuten sorgen wir für eine optimale weitere Diagnostik und Therapie. Dazu steht uns eine medizinische Infrastruktur mit modernsten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Akut- und Notfallmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Leitende Ärztin/Leitender Arzt

Name	Dr. med. Bernhard Wendlandt
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Arzt
Telefon	0203 / 508 - 56110
Fax	
E-Mail	bernhard.wendlandt@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrnerstraße 133-135
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	https://www.evkl.de/ekn/klinik-fuer-akut-und-notfallmedizin.html

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

keine Angaben

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

Vollstationäre Fallzahl	19
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar / Erläuterung	Stationäre ZNA.

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
Z03	< 4	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen
F14	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
I48	< 4	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I50	< 4	Herzinsuffizienz
J18	< 4	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J44	< 4	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
J96	< 4	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
M54	< 4	Rückenschmerzen
R07	< 4	Hals- und Brustschmerzen
R55	< 4	Synkope und Kollaps

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	19,00000

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	19,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	18,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	8,54
Stationäre Versorgung	10
Fälle je VK/Person	1,90000

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	1900,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,02
Stationäre Versorgung	0,04
Fälle je VK/Person	475,00000

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Anzahl Vollkräfte	0,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,26
Stationäre Versorgung	0,57
Fälle je VK/Person	33,33333

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	3,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,07
Stationäre Versorgung	3,87
Fälle je VK/Person	4,90956

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,77
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,77
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,37
Stationäre Versorgung	0,4
Fälle je VK/Person	47,50000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

B-[2].1 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt Prof. Dr. med. Daniel Vallboehmer

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 Vallböher
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0203 / 508 - 1140
Fax	0203 / 508 - 1143
E-Mail	daniel.vallboehmer@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg
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
VC00	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	In Kooperation mit der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin.
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	In unserer Klinik wird eine stadiengerechte Schilddrüsenchirurgie angeboten. Das Operationsverfahren wird so genau wie möglich auf die Erfordernisse der Patienten abgestimmt. Wir arbeiten hierbei eng mit unserer Medizinischen Klinik I zusammen.
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Die Klinik führt Eingriffe an Dick-, Dünn- und Enddarm, Magen und Zwölffingerdarm durch. Außerdem werden Operationen bei Gastro-Oesophagealen-Refluxerkrankung, Leistenbrüchen und Blinddarmentzündungen durchgeführt. Eingesetzt werden moderne, auch minimal invasive Verfahren.
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Die Gallenblasenchirurgie wird überwiegend minimal invasiv durchgeführt.
VC24	Tumorchirurgie	Wir operieren Patienten mit bösartigen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Schilddrüse und Weichteiltumoren.
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Wir bieten minimal-invasive Chirurgie des gesamten Verdauungstraktes (Gastrointestinaltraktes incl. Eingriffe an Dick-, Dünn- und Enddarm, Magen, Zwölffingerdarm, Operation der Gastro-Oesophagealen- Refluxerkrankung, Gallenblasenentfernungen, Leistenbruchoperationen, Blinddarmoperationen).
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezielsprechstunde	siehe Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.
VC60	Adipositaschirurgie	
VC62	Portimplantation	Implantation von venösen Portsystemen zur Chemotherapie/Ernährung.
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
V016	Handchirurgie	Kleinere Handverletzungen, wie Schnittverletzungen bzw. einfache Sehnenverletzungen werden in unserer Klinik versorgt und ebenso Frakturen des Handskelettes werden regelmäßig durch Minischrauben oder Miniplattenosteosynthese osteosynthetisch versorgt. Kahnbeinfrakturen werden transcutan verschraubt.
VX00	Koloproktologischer Schwerpunkt	Hierzu gehören unter anderem: stadiengerechte Hämorrhoidenbehandlung (klassische Verfahren, Stapler-Operation), Sanierung auch komplizierter anorektaler Fistelleiden, kontinenterhaltende oder -verbessernde Operationen (Plastische Rekonstruktionen, Augmentationsverfahren, Neurostimulation).

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

Vollstationäre Fallzahl	870
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K80	108	Cholelithiasis
K56	65	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
R10	53	Bauch- und Beckenschmerzen
E66	35	Adipositas
K35	35	Akute Appendizitis
K57	35	Divertikelkrankheit des Darmes
C15	34	Bösartige Neubildung des Ösophagus

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K43	32	Hernia ventralis
K59	29	Sonstige funktionelle Darmstörungen
L02	28	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel

B-[2].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-[2].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"> ◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26) ◦ Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27) ◦ Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28) ◦ Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29) ◦ Septische Knochenchirurgie (VC30) ◦ Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42) ◦ Amputationschirurgie (VC63) ◦ Handchirurgie (VO16) ◦ Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20) 	Termine nach Vereinbarung. Auch Vor- und Nachstationäre Beratung und Untersuchung. Die Überweisung durch einen Facharzt für Orthopädie, Chirurgie oder Unfallchirurgie ist erforderlich.

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Schmitz/ Prof. Dr. Vallböhrer	<ul style="list-style-type: none"> Gesamte Fachgebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Allgemein- und Viszeralchirurgie (VX00) 	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"> Gesamte Fachgebiete Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Allgemein- und Viszeralchirurgie (VX00) 	Über die Zentrale Notaufnahme

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-493	14	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
5-399	8	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-492	6	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
5-490	5	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
5-491	< 4	Operative Behandlung von Analfisteln
5-534	< 4	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-056	< 4	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-636	< 4	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens
5-897	< 4	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	10,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,62
Fälle je VK/Person	81,92090

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	10,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,62
Fälle je VK/Person	81,92090
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	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF34	Proktologie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	26,71
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,71
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	26,71
Fälle je VK/Person	32,57207

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	87000,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,48
Fälle je VK/Person	1812,50000

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,82
Fälle je VK/Person	1060,97560

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	4,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,51
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,51
Fälle je VK/Person	192,90465

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,83
Fälle je VK/Person	307,42049
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	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-[3].1 Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt Dr. med. Samer Said und sein ärztliches Team.

Einleitungstext

In der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie sind wir auf die Behandlung von Erkrankungen der inneren Organe spezialisiert. Besonderen Fokus legen wir auf den Bereich der Verdauungsorgane (Gastroenterologie). Darüber hinaus bietet unser engagiertes Team aus erfahrenen Fachärzten und medizinischem Personal eine umfassende Versorgung in den Bereichen Onkologie, Leber- und Nierenersatzverfahren, Diabetes und Stoffwechselerkrankungen sowie Ernährungsmedizin.

Unser Ziel ist es, Sie umfassend zu unterstützen, um Ihre Gesundheit optimal und langfristig zu fördern. Jede Patientin und jeder Patient ist einzigartig, weshalb wir individuelle Behandlungspläne erstellen. Das bedeutet, wir berücksichtigen Ihre individuellen Bedürfnisse, Ihre Krankheitsgeschichte und Ihre Wünsche, um die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Darüber hinaus bieten wir eine Vielzahl von Leistungen auch ambulant an.

Angaben zur Fachabteilung

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

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Samer Said
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0203 / 508 - 1201
Fax	0203 / 508 - 1203
E-Mail	samer.said@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg

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
VI00	Endosonografie	Die Endosonographie bietet im Vergleich zur normalen Ultraschalluntersuchung eine schärfere und genauere Darstellung der Zielorgane.
VI00	Gastroenterologische Funktionsdiagnostik	Die gastroenterologische Funktionsdiagnostik umfasst verschiedene Untersuchungen, mit denen Funktionsstörungen von Speiseröhre, Magen und des Dünn- und Enddarmes erfasst werden können. Dazu gehören: Atemtests, Manometrie u. die Messung des pH-Wertes in der Speiseröhre und im Magen.
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Im Rahmen der Notfallversorgung und nach initialem Ausschluss eines Myokardinfarktes, sowie fehlender Indikation zur Koronarangiographie.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Nach kardiozirkulatorischer Stabilisierung.
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Die Versorgung der Patienten erfolgt eng mit den anderen Fachdisziplinen.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Notfallmäßige Aufnahme von Patienten mit arterieller Hypertonie und hypertensiver Entgleisung über die Zentrale Notaufnahmestation.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Die Klinik behandelt Patienten mit Diabetes Mellitus Typ1 und Typ 2.
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Notfallmäßige Aufnahme und endoskopische Diagnostik und Therapie von Patienten mit akuten abdominellen Schmerzen bzw. gastrointestinaler Blutung durch Ärzte der Medizinischen Klinik I.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Die Behandlung von Patienten mit Erkrankungen des Darmausgangs erfolgt in Zusammenarbeit mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Patienten mit unklarer Leberwerterhöhung bzw. Aufstau der Gallenwege werden nach elektiver Einweisung bzw. notfallmäßig über die Zentrale Notaufnahmestation in die Medizinische Klinik I des Klinikums aufgenommen.
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Patienten mit akuter Dyspnoe werden in der Notaufnahme bzw. auf der internistischen Intensivstation behandelt.
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Die Behandlung von Patienten mit Tumorerkrankungen erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den angeschlossenen Kliniken des Verbundes. In der Klinik für Innere Medizin erfolgt die Diagnostik, sowie Chemotherapie bei Patienten mit gastroenterologischen Malignomen.
VI20	Intensivmedizin	Interdisziplinäre Intensivstation.
VI27	Spezialsprechstunde	Diabetes Sprechstunde, Selbsthilfegruppe Diabetes, Schulungen von Typ-1-Diabetikern, Schulungen von Typ-2-Diabetikern, Hypertonieschulung, Ernährungsberatung
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	Patienten mit einer Blutvergiftung werden auf der Intensivstation behandelt. Die Therapieabstimmung erfolgt mit der Chirurgie und der Anästhesiologie.
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	Die Diagnostik und Therapie von Patienten mit Herzrhythmusstörungen erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Kardiologie und Angiologie und der Abteilung für Elektrophysiologie.
VI35	Endoskopie	Die Betrachtung von Körperhöhlen und Hohlorganen erfolgt durch die diagnostische und therapeutische Endoskopie.
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Die Diagnostik und Therapie von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn.

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

Vollstationäre Fallzahl	2469
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
------------------	----------	------------------------

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
N39	230	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
J18	205	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
I50	147	Herzinsuffizienz
J44	134	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
E86	121	Volumenmangel
K29	118	Gastritis und Duodenitis
I10	109	Essentielle (primäre) Hypertonie
K80	78	Cholelithiasis
D50	70	Eisenmangelanämie
B99	63	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-632	922	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
1-650	492	Diagnostische Koloskopie
1-440	445	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
1-653	364	Diagnostische Proktoskopie
5-513	305	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
8-930	260	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
1-63b	245	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes
8-800	232	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-831	214	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
5-469	181	Andere Operationen am Darm

B-[3].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)	Ambulanz für Endosonografie		Sprechstunden nach Vereinbarung.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Said		Sprechstunden nach Vereinbarung.
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz		

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	893	Diagnostische Koloskopie
1-444	167	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
5-452	87	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
5-493	< 4	Operative Behandlung von Hämorrhoiden

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	16,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	16,13
Fälle je VK/Person	153,06881

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	9,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	9,52
Fälle je VK/Person	259,34873
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	
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF07	Diabetologie	
ZF15	Intensivmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	27,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,6
Stationäre Versorgung	25,43
Fälle je VK/Person	97,09005

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,03
Fälle je VK/Person	82300,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,01
Stationäre Versorgung	0,52
Fälle je VK/Person	4748,07692

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,05
Stationäre Versorgung	1,15
Fälle je VK/Person	2146,95652

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	4,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,01
Stationäre Versorgung	4,55
Fälle je VK/Person	542,63736

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,37
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,07
Stationäre Versorgung	0,3
Fälle je VK/Person	8230,00000
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
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-[4].1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefaerztin Priv.-Doz. 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	Chefärztin
Telefon	0203 / 508 - 1121
Fax	0203 / 508 - 1123
E-Mail	stefanie.klenke@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	https://www.evkln.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/klinik-fuer-anaesthesiologie-intensivmedizin-und-notfallmedizin/

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
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VI20	Intensivmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI38	Palliativmedizin	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	28,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	28,48
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	14,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	14,96
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
AQ01	Anästhesiologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	10,67
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,67
Fälle je VK/Person	

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten

Medizinische Fachangestellte

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

B-[5].1 Klinik für Augenheilkunde

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Einleitungstext

Die Klinik für Augenheilkunde wurde zum 30.06.2025 geschlossen.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Augenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2700
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. univ. Hani Hemetsberger
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kommissarischer Leiter
Telefon	0203 / 508 - 1711
Fax	0203 / 508 - 1713
E-Mail	hani.hemetsberger@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrnerstraße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	https://www.evkln.de/ekn/klinik-fuer-augenheilkunde.html

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
VA00	Diagnostik und Therapie der Makuladegeneration	Bei Patienten mit Makuladegeneration ist eine Behandlung durch Medikamentengabe in den Augapfel (Intravitale Injektionen mit z.B. Triamcinolon, Macugen, Lucentis) möglich.
VA00	Diagnostik und Therapie der Netzhauterkrankungen bei Diabetes Mellitus	Diagnostik und Therapie der Netzhauterkrankung bei Diabetes Mellitus (Retinopathia Diabetica)
VA00	Durchführung von Studien zu neuen Implantaten	Trifokale Linsen - Europäische Multicenter-Studie.
VA00	Keratoplastik	Die Hornhauttransplantation kann in unserer Klinik mit dem Femtosekundenlaser durchgeführt werden, wodurch individuelle Schnittmuster der Transplantate an den jeweiligen Befund und die Erkrankung angepasst werden können. Vorteile sind die passgenaue Schnittform, die schnellere Reha.
VA00	Lesebrillenkorrektur	Die Durchführung der CE-Zulassungsstudie zur Lesebrillenkorrektur mit dem Femtosekundenlaser erfolgt in Zusammenarbeit mit der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
VA00	Refraktive Chirurgie	Die Klinik für Refraktive und Ophthalgo-Chirurgie ist eine Spezialklinik zur Behandlung jeglicher Form von Fehlsichtigkeit. Patienten mit Sehfehlern zwischen +25,0 dpt. und - 40,0 dpt. und hohen Hornhautverkrümmungen können behandelt werden. Die Klinik verfügt über drei Lasergeräte.
VA00	Strabologische Behandlungen	Eigener Sprechstundenbereich für Diagnostik und Therapie der strabologischen (Schielen, Schielerkrankungen) und neuroophthalmologischen (durch neurologische Grunderkrankung verursachten) Störungen des Sehens. Alle operativen Verfahren werden ambulant oder stationär angeboten.
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	Die Behandlung und Nachsorge der Patienten mit Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde erfolgt sowohl stationär als auch ambulant und umfasst plastische Deckungen mittels Hauttransplantationen und Verschiebeplastiken.
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	Angeboten werden Operationen am Augenlid und den Tränenwegen. Die Diagnostik und Therapie der Tränenwegserkrankungen erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Radiologie und HNO- Abteilung.
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	Für die Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Bindehaut steht die Sprechstunde zur Verfügung. Die Therapie erfolgt in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Laboratoriumsmedizin (Mikrobiologie).
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	Erkrankungen der Lederhaut, Hornhaut und Iris werden im Sprechstundenbereich und ggf. stationär behandelt. Die Diagnostik erfolgt in Zusammenarbeit mit der radiologischen Abteilung.
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	Die Kataraktchirurgie ist mit einer deutlichen Verbesserung der optischen Abbildungsqualität verbunden. Dabei steht eine deutliche Sehschärfenzunahme im Vordergrund. Dies wird durch den Einsatz moderner Linsentypen und Operationsverfahren einschließlich Femtosekundenlaser-Technologie erreicht.
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	Die Therapie reicht Behandlungen mittels Lasergeräten der neusten Generation bis hin zu aktuellen Verfahren, wie der photodynamischen Therapie. Des Weiteren werden sämtliche netzhautchirurgischen Eingriffe an unserer Klinik durchgeführt, die dem aktuellen Wissensstand der Medizin entsprechen.
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	Die Behandlung des Glaukoms (Grüner Star) ist ein Schwerpunktbereich der Klinik in Diagnostik und Therapie. Wir behandeln Patienten zur Druckeinstellung ggf. auch stationär. Die operative Therapie erfolgt mit modernsten Laser- und chirurgischen Verfahren inkl. Implantation von Shunts.
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	Die Diagnostik und Therapie von Sehnervenerkrankungen (z.B. Papillitis, Neuritis nervi optici, anteriore ischämische Opticusneuropathie) erfolgt in enger Abstimmung mit der Klinik für Neurologie und der Zentralabteilung für Neuroradiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	Diese Patienten werden in unserem Sprechstundenbereich beraten, die Diagnostik und Therapie erfolgt in Abstimmung mit der Zentralen Abteilung für Radiologie und der Klinik für Neurologie.
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern	Für Patienten mit Erkrankungen der Augenmuskeln existiert ein eigener Sprechstundenbereich für Diagnostik und Therapie sowie alle operativen Verfahren ambulant oder stationär.
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	Sprechstundenbereich oder stationäre Behandlung in Abhängigkeit von der Erkrankung. Dazu gehören u.a. Patienten mit Makuladegenerationen, diabetesbedingten Augenerkrankungen, Durchblutungsstörungen des Auges und der Netzhaut.
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	Im Nachgang zu Augenerkrankungen oder Operationen erfolgt die Anpassung von Sehhilfen und die Verlaufskontrolle über die Sprechstunden.
VA13	Anpassung von Sehhilfen	Für die Anpassung von Sehhilfen gibt es eine Kooperation mit Optikern / Optometristen sowie der Sehschule.
VA15	Plastische Chirurgie	Plastische Operationen am Auge, Augenlid oder der Augenhöhle werden sowohl ambulant als auch stationär angeboten. Die Patienten können sich in der Sprechstunde beraten lassen.
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	Diagnostiziert und behandelt werden : - Epiterinale Gliose - Frühgeborenenretinopathie - Entzündungen - Chorioretinitis (Netzhautentzündungen) - Uveitis (Entzündungen der mittleren Augenhaut)
VA17	Spezialsprechstunde	Spezialsprechstunde in den Schwerpunkten • Refraktive- / Laser- und Linsen Chirurgie bei Fehlsichtigkeiten • Hornhautchirurgie bei Erkrankungen der Hornhaut • Femtosekundenlasertechnologie
VA18	Laserchirurgie des Auges	Die Klinik verfügt über zwei Excimerlaser, ein Femtosekundenlaser, ein YAG Laser, ein Argon Laser, ein Vitreolyse Laser, ein SLT-Laser, sowie einen navigierten NH-Laser. Die Laserbehandlung wird immer in Anwesenheit eines Physikers durchgeführt (lasertechnologischen Überwachung während der OP).

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

Vollstationäre Fallzahl	1218
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[5].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
H40	373	Glaukom
H25	326	Cataracta senilis
H33	119	Netzhautablösung und Netzhautriss
H16	62	Keratitis
H43	42	Affektionen des Glaskörpers
H27	40	Sonstige Affektionen der Linse
H35	40	Sonstige Affektionen der Netzhaut
H20	35	Iridozyklitis
H44	29	Affektionen des Augapfels
H04	20	Affektionen des Tränenapparates

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-984	848	Mikrochirurgische Technik
5-144	431	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]
1-220	315	Messung des Augeninnendruckes
5-158	287	Pars-plana-Vitrektomie
5-149	239	Andere Operationen an der Linse
5-154	113	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut
5-131	97	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-133	85	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation
5-156	67	Andere Operationen an der Retina
5-142	66	Kapsulotomie der Linse

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Ambulanz Augenklinik	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Erkrankungen des vorderen Augenabschnittes (VA00) ◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06) ◦ Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels (VA08) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn (VA09) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern (VA10) ◦ Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit (VA11) ◦ Ophthalmologische Rehabilitation (VA12) ◦ Anpassung von Sehhilfen (VA13) ◦ Diagnostik und Therapie von strabologischen und 	Sprechstunde täglich nach Vereinbarung.

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			<ul style="list-style-type: none"> neuroophthalmologischen Erkrankungen (VA14) ◦ Plastische Chirurgie (VA15) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA16) ◦ Spezialsprechstunde (VA17) ◦ Laserchirurgie des Auges (VA18) 	
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Hemetsberger	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Erkrankungen des vorderen Augenabschnittes (VA00) ◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06) ◦ Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels (VA08) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn (VA09) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern (VA10) ◦ Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit (VA11) ◦ Ophthalmologische Rehabilitation (VA12) 	Sprechstunde täglich nach Vereinbarung.

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			<ul style="list-style-type: none"> ◦ Anpassung von Sehhilfen (VA13) ◦ Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen (VA14) ◦ Plastische Chirurgie (VA15) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA16) ◦ Spezialsprechstunde (VA17) ◦ Laserchirurgie des Auges (VA18) 	

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-144	220	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]
5-091	196	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
5-097	150	Blepharoplastik
5-155	127	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea
5-133	98	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation
5-093	65	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium
5-154	51	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut
5-142	39	Kapsulotomie der Linse
5-149	21	Andere Operationen an der Linse
5-10k	19	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	10,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,81
Fälle je VK/Person	112,67345

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	3,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,75
Fälle je VK/Person	324,80000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ04	Augenheilkunde	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	8,17
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8,17
Fälle je VK/Person	149,08200

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	121800,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,17
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Beschäftigungsverhältnis	

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,17
Fälle je VK/Person	7164,70588

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,44
Fälle je VK/Person	845,83333

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	3,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,81
Fälle je VK/Person	319,68503

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,04
Fälle je VK/Person	30450,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[6].1 Klinik für Gefäßchirurgie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt Priv.-Doz. 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	2100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Priv.- Doz. Dr. med. habil. Peter Fellmer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0203 / 508 - 5331
Fax	0203 / 508 - 5333
E-Mail	peter.fellmer@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	

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
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
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-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	659
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[6].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I70	280	Atherosklerose
I71	53	Aortenaneurysma und -dissektion
I80	32	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
I72	31	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
T82	27	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
E11	25	Diabetes mellitus, Typ 2
I74	22	Arterielle Embolie und Thrombose
T81	19	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
I87	17	Sonstige Venenkrankheiten
A46	16	Erysipel [Wundrose]

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-381	263	Enderarteriektomie
5-916	254	Temporäre Weichteildeckung
5-98e	242	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen
5-395	153	Patchplastik an Blutgefäßen
5-38a	146	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
5-380	138	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
5-393	136	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
5-896	122	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-865	108	Amputation und Exartikulation Fuß
8-190	77	Spezielle Verbandstechniken

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene 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"> ◦ Gesamtes Spektrum der Gefäßchirurgie (V100) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der 	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen Herzkrankheit (VI03)	Kommentar / Erläuterung
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz	◦ Gesamtes Spektrum der Gefäßchirurgie (VC00)	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen	◦ Gesamtes Spektrum der Gefäßchirurgie (VC00)	

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-385	30	Entfernung und Verschluss von Varizen
5-399	5	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-392	4	Anlegen eines arteriovenösen Shunt
3-606	< 4	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten
3-602	< 4	Arteriographie des Aortenbogens
3-614	< 4	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches
5-394	< 4	Revision einer Blutgefäßoperation
8-836	< 4	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	6,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,32
Fälle je VK/Person	104,27215

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	5,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,65
Fälle je VK/Person	116,63716
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	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF31	Phlebologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	20,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	20,56
Fälle je VK/Person	32,05252

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	65900,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Anzahl Vollkräfte	0,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,82
Fälle je VK/Person	803,65853

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,01
Fälle je VK/Person	652,47524

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	4,37
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,37
Fälle je VK/Person	150,80091

Medizinische Fachangestellte

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	2125,80645
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	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-[7].1 Klinik für Neurochirurgie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Neurochirurgische Operation

Einleitungstext

Der Leitgedanke unserer Klinik ist die Verbindung von höchster fachlicher Kompetenz, modernster technischer Ausstattung und einer zugewandten, patientenorientierten Therapie unter Anwendung neuester Erkenntnisse aus Klinik und Forschung. Dies geschieht in einer freundlichen Atmosphäre und in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Region, mit denen uns eine langjährige intensive Zusammenarbeit verbindet.

Am Evangelischen Krankenhaus Duisburg-Nord (EKN) widmen wir uns der zentralen und vaskulären Neurochirurgie. In Dinslaken (EKD) liegt unser Fokus auf der Wirbelsäulenchirurgie.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Neurochirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1700
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Michael Zimmermann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0203 / 508 - 1241
Fax	0203 / 508 - 1287
E-Mail	neurochirurgie@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	

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
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)	Die Mikrochirurgischen Operationen von Hirntumoren und Metastasen werden unter sog. intraoperativer Neuronavigation durchgeführt.
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	Hierzu zählt die Behandlung von Aneurysmen, Angiomen und Cavernomen. Bei Hirngefäßaneurysmen wird in enger Zusammenarbeit mit der Zentralen Abteilung für Neuroradiologie, für jeden einzelnen Patienten entschieden, ob eine neurochirurgische (Klippung) oder endovaskuläre Behandlung günstiger ist.
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	Minimal-invasive Operationen von zervikalen, thorakalen und lumbalen Kompressionssyndromen von Rückenmark und Nervenwurzeln, die durch Bandscheibenvorfälle und andere degenerative Erkrankungen verursacht werden.
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	Auch Patienten mit Tumorerkrankungen im Rückenmark, den rückenmarksnahen Nerven und im Rückenmarkskanal werden in unserer Klinik operiert.
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	Patienten mit Krankheiten der peripheren Nerven werden operiert. Dazu zählen Tumoren, Nervenverletzungen und vor allem Einengungen der Nerven (Karpaltunnelsyndrom, Sulcus nervi ulnaris Syndrom).
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	Patienten mit chronische Schmerzen kann durch eine Operation geholfen werden. Hierzu zählt unter anderem die entlastende Operation bei Trigeminusneuralgien.
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. „Funktionelle Neurochirurgie“)	Die Elektrostimulation von Nerven kann bei Patienten mit chronischen Schmerzen zu einer Schmerzlinderung beitragen.
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	Patienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen können von einem interdisziplinären Team versorgt werden.
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	Bei Patienten mit unklaren Erkrankungen des Gehirns kann eine Diagnosesicherung mittels einer Biopsie erfolgen. Die bildgebende Diagnostik dient der genauen Lokalisation der erkrankten Veränderung.
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	Die Neurochirurgie der Wirbelsäule stellt einen weiteren Schwerpunkt der Behandlung dar. Hierbei kommen offen-chirurgische, mikrochirurgische und minimal- invasive Verfahren zur Anwendung.

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

Vollstationäre Fallzahl	1910
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[7].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M48	471	Sonstige Spondylopathien
M51	423	Sonstige Bandscheibenschäden
M47	249	Spondylose
S06	124	Intrakranielle Verletzung
M50	103	Zervikale Bandscheibenschäden
M79	57	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
I61	49	Intrazerebrale Blutung
C71	45	Bösartige Neubildung des Gehirns
C79	34	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
D32	31	Gutartige Neubildung der Meningen

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-032	2541	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-831	1059	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe
5-832	871	Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
5-830	617	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
5-839	590	Andere Operationen an der Wirbelsäule
5-033	585	Inzision des Spinalkanals
5-010	527	Schädeleröffnung über die Kalotte
5-030	345	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule
5-021	245	Rekonstruktion der Hirnhäute
5-83b	206	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)	Neuroonkologische und Ambulante Sprechstunde		Montags bis Freitags 8.30 -12.30 Uhr nach Terminvereinbarung Eine Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt ist erforderlich.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Prof. Dr. Zimmermann		Termine nach Vereinbarung.
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfall-Ambulanz		Notfallpatienten werden über die Zentrale Notaufnahme der korrekten Fachdisziplin zugewiesen.

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-039	45	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen
5-056	14	Neurolyse und Dekompression eines Nerven

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	13,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	13,99
Fälle je VK/Person	136,52609

davon Fachärztinnen und Fachärzte

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	246,13402
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ41	Neurochirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	37,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	37,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	37,2
Fälle je VK/Person	51,34408

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	191000,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	2,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,6

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,6
Fälle je VK/Person	734,61538

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	3,37
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,37
Fälle je VK/Person	566,76557

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	4,92
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,92
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,92
Fälle je VK/Person	388,21138

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,32
Fälle je VK/Person	5968,75000
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	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-[8].1 Klinik für Neurologie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefaerztin Dr. med. Corina Kieseewalter

Einleitungstext

Die Klinik für Neurologie ist spezialisiert auf Diagnostik und Behandlung sämtlicher akuter und chronischer Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie der Muskulatur. Dazu zählen insbesondere verschiedene Formen des Schlaganfalls, Epilepsien, Multiple Sklerose, ebenso Erkrankungen der Körpernerven und der Muskulatur. Weitere Schwerpunkte sind Kopfschmerzen, Schwindel und Bewegungsstörungen (z.B. Parkinson). Auch Entzündungen des Gehirns sowie der Hirnhäute, neurologisch bedingte Schlafstörungen und Tumorerkrankungen des Nervensystems gehören zu unserem Leistungsspektrum.

Zur akuten Schlaganfallbehandlung verfügt unsere Klinik über eine Stroke Unit (Schlaganfallspezialstation). Patientinnen und Patienten mit schwersten Schädel-Hirn-Verletzungen und hochgradigen Lähmungen behandelt unsere Sektion Neurologische Frührehabilitation.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Neurologie
Fachabteilungsschlüssel	2800
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Corina Kieseewalter
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Telefon	0203 / 508 - 1260
Fax	0203 / 508 - 1263
E-Mail	corina.kieseewalter@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg

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
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Auf unserer Stroke Unit stehen sämtliche Möglichkeiten der modernen Schlaganfalltherapie zur Verfügung.
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	Auf unserer Stroke Unit stehen sämtliche Möglichkeiten der modernen Schlaganfalltherapie zur Verfügung.
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	Für die Diagnostik und Therapie entzündlicher Erkrankungen von Gehirn und Rückenmark stehen alle modernen Möglichkeiten zur Verfügung. Schwerkranke Patienten werden auf unserer neurologischen Intensivstation überwacht.
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	Schwerpunkt der Klinik liegt in der Behandlung von neuroimmunologischen Erkrankungen. Hier sind insbesondere die Neuropathien und Muskelerkrankungen zu nennen.
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	Bei der Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden kann neben der modernen apparativen Ausstattung für Neurophysiologie (EEG) und für Langzeitmessungen auch das Schlaflabor der Neurologischen Klinik herangezogen werden.
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	Nach der Diagnose eines bösartigen Hirntumors erfolgt die Entscheidung für eine operative Therapie gemeinsam mit der Klinik für Neurochirurgie.
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	Auch gutartige Tumoren des Gehirns bedürfen in der Regel einer differenzierten Therapie. Neben der operativen Therapie in unserer Neurochirurgischen Klinik können aber auch hochselektive Bestrahlungsverfahren oder eine medikamentöse Vorbehandlung sinnvoll sein.
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	Die notwendige Liquordiagnostik erfolgt im Liquorlabor der neurologischen Klinik, sodass die Ergebnisse den behandelnden Ärzten jederzeit zur Verfügung stehen.
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	Stimulatoren werden bei einer Vielzahl neurologischer Erkrankungen eingesetzt und können bei Parkinsonbeschwerden, Zittern und epileptische Anfälle helfen. Die Implantation der Schrittmacher erfolgt durch Neurochirurgen. Die Weiterbetreuung der Patienten erfolgt durch die Klinik für Neurologie.
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	Neben der Parkinson'schen Erkrankung gibt es auch zahlreiche andere Erkrankungen, die durch das Absterben von bestimmten Zellen des Gehirns oder Rückenmarks entstehen.
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Teilnahme an dem Euregio Projekt ParkinsonNet.
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Ein besonderes Anliegen ist uns die Versorgung chronisch erkrankter Patienten über den stationären Aufenthalt hinaus. So arbeiten wir z.B. eng mit dem Forum Demenz Duisburg zusammen.
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	Alle modernen diagnostischen Möglichkeiten sind in unserer Abteilung verfügbar.
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	Neurophysiologische Untersuchungen dienen der Abklärung von Krankheiten des peripheren Nervensystems. Zur Ursachenabklärung werden umfangreiche Untersuchungen des Blutes und Nervenwassers (Liquor) eingesetzt.
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	Erkrankungen der peripheren Nerven stellen einen weiteren Schwerpunkt der Klinik dar. Sämtliche diagnostische Methoden sind verfügbar, es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Universitäten Aachen und Halle/S.
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	Die Erkrankungen der spezialisierten Übertragungsstelle zwischen Nerven und Muskel (Myasthenien, Lambert-Eaton-Syndrom) stellen einen weiteren Schwerpunkt der Klinik dar.
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	Lähmungssyndrome des zentralen Nervensystems (ZNS) erfordern häufig eine komplexe Diagnostik (Bildgebung, Neurophysiologie, Labor, Nervenwasseruntersuchungen). Die Therapie erfolgt entsprechend der diagnostizierten Ursache.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	Schwerkranke Patienten werden unmittelbar auf unserer Notaufnahmestation von einem Arzt der neurologischen Klinik behandelt. Entsprechend der Schwere und der Ursache der Erkrankung erfolgt die Weiterbehandlung auf der Stroke Unit oder der Intensivstation.
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Bei älteren Patienten ist häufig auch die weitere Versorgung nach dem stationären Aufenthalt problematisch. Wir versuchen mit Hilfe der Unterstützung unserer sehr engagierten Pflegedienst- und Sozialdienstmitarbeiter wenn immer möglich auch hier Hilfestellung zu geben.
VN20	Spezialsprechstunde	Spezialsprechstunden werden angeboten für: Epilepsie Nerven- und Muskelkrankheiten Multiple Sklerose (Enzephalomyelitis disseminata)
VN21	Neurologische Frührehabilitation	Wird durch die Abteilung für Neurologische Neurochirurgische Frührehabilitation sichergestellt.
VN22	Schlafmedizin	Das neurologische Schlaflabor wird zur Diagnostik schlafbezogener neurologischer Erkrankungen benötigt. Dazu gehören auch bestimmte Formen der Epilepsien (Anfallsleiden).
VN24	Stroke Unit	Die Stroke Unit (engl. für: „Schlaganfall-Einheit“) der Neurologischen Klinik ist eine personell und apparativ besonders eingerichtete Station zur Behandlung von Patienten mit einem akuten Schlaganfall. Der hohe Standard wird durch ein System zur Qualitätskontrolle erhalten.
V000	Neurosonologisches Labor	Für die Gefäßdiagnostik stehen alle modernen Möglichkeiten der ultraschall-gestützten Verfahren zur Verfügung, um schmerzfrei und nicht-invasiv ein genaues Bild der hirnversorgenden Gefäße zu erhalten.

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

Vollstationäre Fallzahl	2435
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[8].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I63	648	Hirnfarkt
G45	346	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G40	199	Epilepsie
H81	73	Störungen der Vestibularfunktion
G43	70	Migräne
R42	55	Schwindel und Taumel
G35	50	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
G44	49	Sonstige Kopfschmerzsyndrome
G51	40	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]
I61	37	Intrazerebrale Blutung

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-320	2715	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
1-207	1846	Elektroenzephalographie [EEG]
8-981	847	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
1-208	652	Registrierung evozierter Potenziale
1-204	441	Untersuchung des Liquorsystems
1-901	199	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik
8-020	163	Therapeutische Injektion
1-206	128	Neurographie
8-98f	74	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-831	70	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße

B-[8].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	Ambulanz für Patienten mit Neurologischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose (LK20) ◦ Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden (LK21) ◦ Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen (mit Ablauf 5. Mai 2024 keine Anwendung mehr in ABK-RL) (LK26) 	
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Kiesevalter	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Gesamtes Fachgebiet Neurologie (VX00) 	
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Gesamtes Fachgebiet Neurologie (VX00) 	Gesamtes Fachgebiet Neurologie
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 5 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Ambulante Logopädie	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (VX00) 	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

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

keine Angaben

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	15,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	15,74
Fälle je VK/Person	154,70139

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	5,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,94
Fälle je VK/Person	409,93265
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	52,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	52,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,27
Stationäre Versorgung	52,22
Fälle je VK/Person	46,62964

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,02
Fälle je VK/Person	121750,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Anzahl Vollkräfte	0,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,47
Fälle je VK/Person	5180,85106

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	2,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,7
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,01
Stationäre Versorgung	2,69
Fälle je VK/Person	905,20446

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	4,92
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,92
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,01
Stationäre Versorgung	4,91
Fälle je VK/Person	495,92668

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,27
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,01
Stationäre Versorgung	1,26
Fälle je VK/Person	1932,53968
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	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	2435,00000

B-[9].1 Klinik für Wirbelsäulenchirurgie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



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

Leitende Ärztin/Leitender Arzt

Name	Ph.D. Hisham Alsingaby
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sektionsleiter
Telefon	02064 / 42 - 56702
Fax	02064 / 42 - 2884
E-Mail	hisham.alsingaby@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Kreuzstr. 28
PLZ / Ort	46535 Dinslaken

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

URL <https://www.evkl.n.de/ekd/fachkliniken/klinik-fuer-neurochirurgie-schwerpunkt-wirbelsaeulenchirurgie.html>

Name	Dr. med. Eslam Darwish
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt bis zum 01.07.2025
Telefon	0203 / 508 - 56701
Fax	0203 / 508 - 56709
E-Mail	eslam.darwish@evkl.n.de
Strasse / Hausnummer	Fahrnerstraße 133-135
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	https://www.evkl.n.de/ekd/fachkliniken/klinik-fuer-neurochirurgie-schwerpunkt-wirbelsaeulenchirurgie.html

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

V
Kommentar / Erläuterung

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

Vollstationäre Fallzahl	431
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[9].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M54	68	Rückenschmerzen
M48	61	Sonstige Spondylopathien
M51	57	Sonstige Bandscheibenschäden
M47	29	Spondylose
S32	29	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
M80	26	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M43	20	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
S22	16	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
M46	14	Sonstige entzündliche Spondylopathien
M53	14	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-032	298	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
5-839	225	Andere Operationen an der Wirbelsäule
5-984	195	Mikrochirurgische Technik
5-83b	189	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule
5-986	187	Minimalinvasive Technik
5-835	162	Knochenersatz an der Wirbelsäule
5-831	155	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe
5-836	146	Spondylodese
8-917	120	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie
5-832	86	Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	3,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,47
Fälle je VK/Person	124,20749

davon Fachärztinnen und Fachärzte

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	139,93506
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	8,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8,35
Fälle je VK/Person	51,61676

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	43100,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,39
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,39
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,39
Fälle je VK/Person	1105,12820

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Anzahl Vollkräfte	0,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,64
Fälle je VK/Person	673,43750

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	3,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,99
Fälle je VK/Person	108,02005

Medizinische Fachangestellte

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	3918,18181
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

B-[10].1 Sektion neurologische Frührehabilitation

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Zugang zur Station der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

Einleitungstext

In der Sektion für Neurologische Frührehabilitation werden schwerstbetroffene Schädel-Hirn-Verletzte sowie Patientinnen und Patienten mit hochgradigen Lähmungen in einem multidisziplinären Team betreut. Dazu zählen aus der Frührehabilitation erfahrene Fachärzte, speziell weitergebildete Pflegekräfte und Fachtherapeuten aus Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Neuropsychologie.

Für die medizinische Behandlung verfügen wir über das vollständige Spektrum der neurologischen Zusatzdiagnostik (EEG, evozierte Potentiale, Doppler/Duplex und B Bild Neurosonologie). Hinzu kommen radiologische und neuroradiologische Bildgebung (Röntgen, CT, MRT), klinisches und mikrobiologisches Labor, Pharmakotherapie, sowie auch konsiliarische Leistungen fachfremder Abteilungen. Während der Besuchszeiten besteht für Sie die Möglichkeit für ein ärztliches Gespräch. Dies ist auch ggf. nach individueller Vereinbarung möglich.

Aufgaben der Frührehabilitation (Phase B^z, *Phaseneinteilung nach dem Modell der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR)*) ist neben der Fortführung der medizinischen Krankenhausbehandlung auch die grundsätzliche Einschätzung des Erreichens einer allgemeinen Rehabilitationsfähigkeit ("Rehabilitationspotential"). Dazu gehören vor allem die Frühmobilisierung, die Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen und - sofern vorhanden - das Abtrainieren von der Trachealkanüle.

Je nach individuellem Verlauf erfolgt die Verlegung aus der Frührehabilitation in die weiterführende allgemeine neurologische Rehabilitation (Phase C oder D) oder aber eine reguläre stationäre Pflegeeinrichtung, eine häusliche pflegerische Versorgung bzw. die aktivierende Langzeitpflege (Phase F, stationäre Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems).

Hinweis für Zuweiser: Bitte füllen Sie den Anmeldebogen aus und schicken Sie ihn per Fax oder digital per Mail an uns zurück.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Sektion neurologische Frührehabilitation
Fachabteilungsschlüssel	3790
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Leitende Ärztin/Leitender Arzt

Name	Dr. med. Janpeter Nickel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ltd. Abteilungsarzt
Telefon	0203 / 508 - 1871
Fax	
E-Mail	janpeter.nickel@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133-135
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	https://www.neuro-fr.de

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

 Ja

V

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VN21	Neurologische Frührehabilitation	

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

Vollstationäre Fallzahl	54
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[10].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S06	12	Intrakranielle Verletzung
I63	10	Hirinfarkt
G93	5	Sonstige Krankheiten des Gehirns
I61	5	Intrazerebrale Blutung
G62	4	Sonstige Polyneuropathien
I60	< 4	Subarachnoidalblutung
G06	< 4	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome
G61	< 4	Polyneuritis
I21	< 4	Akuter Myokardinfarkt
R13	< 4	Dysphagie

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-620	166	Diagnostische Tracheobronchoskopie
1-610	134	Diagnostische Laryngoskopie
1-611	131	Diagnostische Pharyngoskopie
1-613	119	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
8-552	55	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
8-98f	7	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-930	5	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-831	4	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
8-800	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-932	< 4	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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	2,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,81
Fälle je VK/Person	19,21708

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	2,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,81
Fälle je VK/Person	19,21708
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ42	Neurologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	
ZF37	Rehabilitationswesen	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	25,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	25,5
Fälle je VK/Person	2,11764

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	5400,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	12,7
-------------------	------

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,7
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	12,7
Fälle je VK/Person	4,25196

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

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	174,19354

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	4,77
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,77
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,77
Fälle je VK/Person	11,32075

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,8
Fälle je VK/Person	67,50000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	54,00000

B-[11].1 Sektion für Unfallchirurgie und Sportmedizin

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Herr Dr. med. Weber bei einer Operation.

Einleitungstext

Unsere Spezialisten sind Experten in den modernsten und bewährtesten Behandlungsmethoden von Verletzungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates, einschließlich der Gelenke, Knochen und Muskel-Sehnen-Komplexe. Unser hochqualifiziertes interdisziplinäres Team steht Ihnen rund um die Uhr zur Verfügung, um auch nach schweren Unfällen eine professionelle Versorgung zu gewährleisten. Wir sind im Durchgangsarztverfahren zugelassen. Das bedeutet, dass wir auch berufsgenossenschaftlich versicherte Patientinnen und Patienten nach Arbeits-, Wege- und Schulunfällen medizinisch versorgen.

In Zusammenarbeit mit dem BG Klinikum Duisburg sind wir in der Lage, alle Arten von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu behandeln. Unsere Sektion für Unfallchirurgie und Sportmedizin zeichnet sich durch eine reibungslose Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften sowie Therapeutinnen und Therapeuten aus. Gemeinsam bieten wir unseren Patientinnen und Patienten Spitzenmedizin, die sich stets an den neuesten Forschungsergebnissen und Leitlinien orientiert.

Die Sektion spielt eine zentrale Rolle im Duisburger Norden und setzt sich dafür ein, dass sich unsere Patientinnen und Patienten bei der medizinischen Versorgung sicher und geborgen fühlen. Wir sind rund um die Uhr für Sie da, um Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu fördern.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Sektion für Unfallchirurgie und Sportmedizin
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Leitende Ärztin/Leitender Arzt

Name	Dr. med. Phillip Weber
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Arzt
Telefon	0203 / 508 - 1153
Fax	0203 / 508 - 1159

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

E-Mail	phillip.weber@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	https://www.evkln.de/ekn/sektion-unfallchirurgie-und-sportmedizin.html

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

V
Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	Im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen kommt ein bösartiger Tumor am Auge eher selten vor. Der häufigste bösartige Augentumor im Erwachsenenalter ist das Aderhautmelanom. Bei Kindern ist das Retinoblastom der häufigste Augentumor.
VC00	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	Für die Diagnostik stehen zwei Kernspintomographen (MRT) zur Verfügung
VC00	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	In der orthopädischen Sprechstunde werden angeborene oder erworbene Deformitäten der Wirbelsäule fachorthopädisch behandelt. Diesbezüglich entwickeln wir ein Konzept für die konservative Orthopädie.
VC00	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	Bei chronischen Gelenkentzündungen kann eine operative Synovektomie (operative Entfernung der Gelenkschleimhaut) die Entzündung eingedämmt, der Schmerz gelindert und eine Zerstörung des Gelenks verhindert werden.
VC00	Schmerztherapie	in Kooperation mit der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin
VC00	Spezialsprechstunde	orthopädische Rheumatologie, Prof. Dr. med. M. Starker
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	Nach erfolgreichen Knochenbruchbehandlungen wird eine evtl. erforderliche Metallentfernung stationär oder ambulant durchgeführt.
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	Wir führen Arthroskopien der großen Gelenke mit arthroskopisch gestützter vorderer Kreuzbandplastik sowie arthroskopische Schultergelenkoperationen (Dekompression und Refixation) durch.
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Die Endoprothetik aller großen Gelenke einschl. komplizierter Prothesenwechsel stellt einen Schwerpunkt dar. Pro Jahr werden ca. 600 Implantation, vorwiegend des Knie- und Hüftgelenkes, aber auch des Schulter- und Sprunggelenkes.
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	Heilt ein Dekubitus nicht ab oder liegen große Areale mit abgestorbener Haut vor, muss eine Operation erfolgen. Dazu wird das Ulkus zuerst gereinigt und gut vorbereitet, dann erfolgt meist eine Verpflanzung von eigener Haut von einer anderen Körperstelle auf die Wunde.
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 (von Vertragsärzten durchgeführt) verwenden wir unsere MRT-Untersuchungen für die Diagnostik der Knochenentzündungen. Sämtliche therapeutischen Verfahren zur Behandlung der Osteomyelitis oder Osteitis sind etabliert.
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen. Wir decken das gesamte unfallchirurgische Spektrum ab, ggf. in Kooperation mit der neurochirurgischen Abteilung.
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	Das Traumamanagement sieht neben der konventionellen radiologischen Untersuchung oder Halswirbelsäule zur Diagnostik auch die Verwendung eines Spiral-CT's vor.
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	Zur Diagnostik steht zusätzlich ein Spiral-CT zur Verfügung. Die Versorgung von Thoraxverletzungen erfolgen in Kooperation mit unserer thoraxchirurgischen Abteilung.
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	Verletzungsbedingte oder degenerative Veränderungen der Wirbelsäule werden konservativ und operativ behandelt. Dabei kommen auch moderne Verfahren wie die Ballonaufriechung von Wirbelkörpern zum Einsatz.
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Eine spezielle arthroskopische Schulterchirurgie wird vorgehalten, die traumatische und degenerative Schäden behandelt. Dazu gehörten z.B. die minimal-invasive Rotatorenmanschettenrekonstruktion und arthroskopische Gelenkoperationen bei Engpasssyndromen
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	Kleinere Handverletzungen, wie Schnittverletzungen bzw. einfache Sehnenverletzungen werden in unserer Klinik versorgt und ebenso Frakturen des Handskelettes werden regelmäßig durch Minischrauben oder Miniplattenosteosynthese osteosynthetisch versorgt. Kahnbeinfrakturen werden transcutan verschraubt.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
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 Oberschenkelhalsbruches.
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Kniespiegelungen (Arthroskopie des Kniegelenkes mit arthroskopisch gestützter vorderer Kreuzbandplastik werden durchgeführt. Ein Schwerpunkt ist die prothetische Versorgung des Kniegelenkes.
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Alle verletzungsbedingten und degenerativen Veränderungen des Fußes werden durchgeführt einschl. des Gelenkersatzes des Sprunggelenkes und der Zehengelenke.
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	Weichteil- und Sehnenverletzungen aller Art werden behandelt.
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	Die periphere Nerven Chirurgie umfasst die operative Behandlung von Nervenverletzungen, Nerveneinklemmungen und Nerventumoren, die zu Missempfindungen, Schmerzen, Schwäche und Funktionsausfällen führen.
VC63	Amputationschirurgie	Vorwiegend traumatisch bedingte Amputationen und solche bei Knochen- und Weichteiltumoren werden durchgeführt.
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	Osteoporotisch bedingte Kompressionen werden durch Kyphoplastien (minimal-invasive Aufrichtungs- bzw. Stabilisierungsverfahren) versorgt. Die Versorgung komplexerer Erkrankungen bzw. Verletzungen erfolgt in Kooperation mit unserer neurochirurgischen Abteilung.
VC66	Arthroskopische Operationen	Wir führen arthroskopische Eingriffe an Knie- und Schultergelenk schwerpunktmäßig durch. Außerdem werden Arthroskopien des oberen Sprunggelenkes, des Ellenbogen- und Hüftgelenkes angeboten.
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	In Kooperation mit der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin
VC69	Verbrennungschirurgie	Die Behandlung von großflächigen Verbrennungen erfordert zunächst eine intensivmedizinische Betreuung. Im Anschluss wird durch Hauttransplantationen und Lappenplastiken eine Deckung der Hautdefekte angestrebt.
VC71	Notfallmedizin	Die Erkennung und Behandlung medizinischer Notfälle erfolgt in der Zentralen Notaufnahme.
V015	Fußchirurgie	Eine fußchirurgische Ambulanz wird vorgehalten. Sämtliche Vorfußkorrekturen einschl. dreidimensionaler Umstellungsosteotomien und Rückfußkorrekturen werden durchgeführt.
V016	Handchirurgie	Die Handchirurgie beschäftigt sich mit der Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen des Unterarms und der Hand.
V019	Schulterchirurgie	Sämtliche arthroskopische und offene Verfahren der Schulterchirurgie bis hin zur Prothesenversorgung (einschl. inverse Prothesen) werden durchgeführt.
V020	Sportmedizin/Sporttraumatologie	Mehrere sportmedizinisch versierte Fachärzte führen eine eigenständige sportmedizinische bzw. sporttraumatologische Sprechstunde durch mit entsprechendem Angebot von konservativen und operativen Maßnahmen.

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

Vollstationäre Fallzahl	837
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[11].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S00	213	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
S42	92	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
S52	82	Fraktur des Unterarmes
S06	75	Intrakranielle Verletzung
S82	67	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
S72	45	Fraktur des Femurs
S32	18	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S22	17	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
S30	17	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S02	16	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-794	193	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-790	123	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-787	98	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-793	80	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-916	79	Temporäre Weichteildeckung
5-896	65	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-820	45	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
8-919	43	Komplexe Akutschmerzbehandlung
8-915	42	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
5-796	34	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen

B-[11].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)	Kassenärztliche Sprechstunde Dr. Brenner		
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Weber	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26) ◦ Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27) ◦ Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40) ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41) 	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42) ◦ Arthroskopische Operationen (VC66) ◦ Diagnostik und Therapie von Arthropathien (V001) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (V005) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (V006) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (V007) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (V008) ◦ Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (V009) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (V010) ◦ Kinderorthopädie (V012) ◦ Fußchirurgie (V015) ◦ Handchirurgie (V016) ◦ Schulterchirurgie (V019) ◦ Sportmedizin/Sporttraumatologie (V020) ◦ Traumatologie (V021) 	
AM09	D-Arzt- /Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	BG-Sprechstunde Dr. Weber		

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-787	57	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-812	36	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
1-697	27	Diagnostische Arthroskopie
5-810	16	Arthroskopische Gelenkoperation
5-811	10	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5-796	9	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
5-814	8	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-790	6	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-855	< 4	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide
5-859	< 4	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln

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

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

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	4,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,99
Fälle je VK/Person	167,73547

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	4,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,99
Fälle je VK/Person	167,73547
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	11,89
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,89
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,8
Stationäre Versorgung	11,09
Fälle je VK/Person	75,47339

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	83700,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,01
Stationäre Versorgung	0,28
Fälle je VK/Person	2989,28571

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Anzahl Vollkräfte	0,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,02
Stationäre Versorgung	0,81
Fälle je VK/Person	1033,33333

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	4,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,01
Stationäre Versorgung	4,19
Fälle je VK/Person	199,76133

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,04
Stationäre Versorgung	0,46
Fälle je VK/Person	1819,56521
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

B-[12].1 Zentrale Abteilung für Laboratoriums -und Transfusionsmedizin

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Mitarbeitende des Labors mit Pipette.

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	Nanda Padval
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stellv. Laborleitung
Telefon	0203 / 508 - 3709
Fax	0203 / 451 - 3233
E-Mail	nanda.padval@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrnerstraße 133-135
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	https://www.evkln.de/zentrale-fachabteilungen/laboratoriumsmedizin.html

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	https://www.evkln.de/zentrale-fachabteilungen/laboratoriumsmedizin.html

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	http://eko.de/index.php?id=7801

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
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-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[12].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[12].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"> ◦ Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33) ◦ Transfusionsmedizin (VI42) 	

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	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,18
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,18
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
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF11	Hämostaseologie	

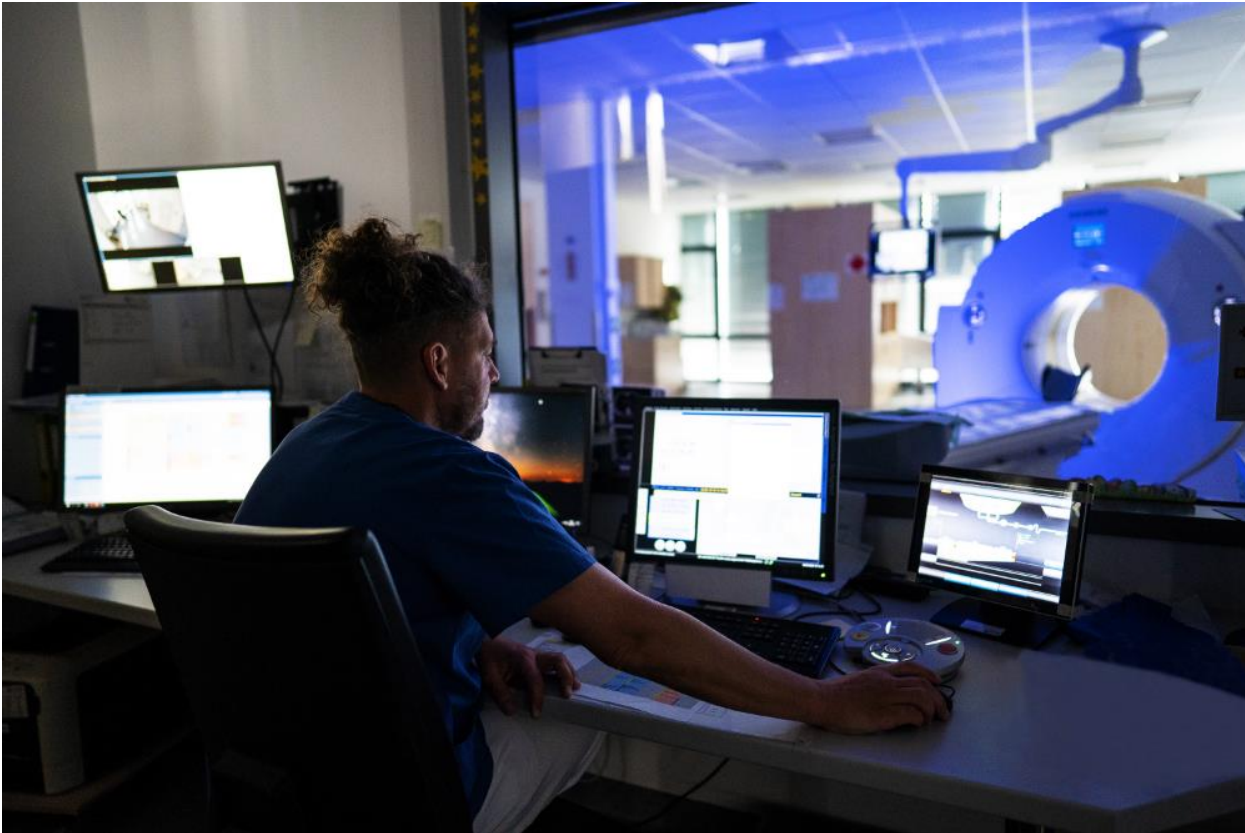
B-11.2 Pflegepersonal

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

B-[13].1 Zentrale Abteilung für Radiologie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Mitarbeitender im CT-Ueberwachungsplatz.

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

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Strasse / Hausnummer

Fahrner Straße 133

PLZ / Ort

47169 Duisburg

URL

<https://www.evklin.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/zentrale-abteilung-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie-ev-krankenhaus-duisburg-nord/>

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

V

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR00	Angioplastie	Angioplastie von Gefäßverengungen und Verschlüssen
VR00	Stentgraftbehandlung	Stentgraftbehandlung von Bauchaortenaneurysmen, Angioplastie von Gefäßverengungen und Verschlüssen
VR00	Tumorembolisation	Tumorembolisation
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
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	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.
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)	CT -Verfahren
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	Kardiale CT mit Koronarkalkquantifizierung; kardiale MRT mit Bestimmung der LV- und RV-Funktionsparameter, MR-Flussmessungen (Herzklappen, Shunt).
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR47	Tumorembolisation	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[13].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[13].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

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
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-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Radiologische Ambulanz Prof. Dr. Neuerburg		Gesamtes Spektrum der diagnostischen und interventionellen Radiologie.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Prof. Dr. Neuerburg		Gesamtes Spektrum der diagnostischen und interventionellen Radiologie.

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	6,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,45
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,45
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	2,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,6
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-[14].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	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg

B-[14].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-[14].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 (Perfusions- Computertomographie, CTAngiographie) 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 Protonenspektroskopie, 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-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[14].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[14].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-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Heddier	◦ Neuroradiologie (VR43)	

B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[14].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-[14].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	6,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,36
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	5,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,38
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	
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-[15].1 Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art der Abteilung	Belegabteilung

Belegärztin/Belegarzt

Name	Dr. med. Michael Hinz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikleitung
Telefon	0203 / 508 - 1941
Fax	0203 / 508 - 1183
E-Mail	michael.hinz@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	

B-[15].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	Keine Zielvereinbarungen getroffen
Kommentar / Erläuterung	Belegärzte

B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VH00	Audiometrie	Audiometrie
VH00	Impedanzmessung	
VH00	Rhinomanometrie	
VH00	Sonographie der Nasennebenhöhlen	Plastische Eingriffe an den Ohrmuscheln, Tumorchirurgie der Ohrmuscheln, Operationen an der Ohrspeicheldrüse.
VH00	Sonographie der Nasennebenhöhlen	
VH00	Video-Oculo-Graphie	Video-Oculo-Graphie
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	Plastische Eingriffe an den Ohrmuscheln, Tumorchirurgie der Ohrmuscheln, Operationen an der Ohrspeicheldrüse.
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	Einlegen von Paukendrainagen, Paracentesen. Rekonstruktion des Mittelohres.
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	Rekonstruktionen der Ohrmuschel.
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	Polypenentfernung, Nasenscheidewandoperationen.
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	Polypenentfernung, Nasenscheidewandoperationen.
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquoristeln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	Tränenwegschirurgie von der Nase aus, Tränenwegschirurgie.
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	Operationen an der Nasenscheidewand.
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	Operationen an den Gaumenmandeln und Rachenmandeln (Tonsillektomie, Adenotomie).
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	Operationen an der Ohrspeicheldrüse.
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	Untersuchung des Kehlkopfes und der oberen Atemwege (Mikrolaryngoskopie).
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	Diagnostik und Probenentnahme (Endoskopie, Mikrolaryngoskopie).
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	Tumoroperationen an der Ohrmuschel.
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	Plastische Deckung des Gesichts z.B. nach Tumoroperationen. Funktionelle und kosmetische Nasen- und Gesichtschirurgie, Ohrmuschelrekonstruktionen.
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	136
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[15].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J32	30	Chronische Sinusitis
J35	30	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
M95	19	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J34	18	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen
H04	15	Affektionen des Tränenapparates
J38	8	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert
H61	< 4	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres
T81	< 4	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
D02	< 4	Carcinoma in situ des Mittelohres und des Atmungssystems
H80	< 4	Otosklerose

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-500	70	Tamponade einer Nasenblutung
8-506	67	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen
5-215	64	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
5-221	63	Operationen an der Kieferhöhle
5-214	39	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
5-284	30	Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille
5-224	28	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
5-984	26	Mikrochirurgische Technik
5-218	19	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]
5-087	18	Dakryozystorhinostomie

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus	Belegärztliche Sprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> Gesamtes Fachgebiet der HNO-Heilkunde (VH00) 	

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-200	27	Parazentese [Myringotomie]
5-285	27	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
5-185	< 4	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges
5-216	< 4	Reposition einer Nasenfraktur
5-194	< 4	Myringoplastik [Tympoplastik Typ I]
5-215	< 4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]

B-[15].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-[15].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	1
Fälle je VK/Person	136,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ18	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (MWBO 2003)	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF33	Plastische Operationen (MWBO 2003)	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,87
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,87
Fälle je VK/Person	72,72727

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	13600,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,04
Fälle je VK/Person	3400,00000

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,33
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,33
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,33
Fälle je VK/Person	412,12121

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	3,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,81
Fälle je VK/Person	35,69553

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,03
Fälle je VK/Person	4533,33333

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	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	

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	64		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Gynäkologische Operationen 15/1	8	100,00	Datenschutz		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	36		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	116		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Dekubitusprophylaxe DEK	711	100,00	284		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzchirurgie HCH	1105	99,91	14		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe HCH_AK_CHIR	177	100,56	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Koronarchirurgische Operation HCH_KC	581	99,83	4		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Offen chirurgische Mitralklappeneingriffe HCH_MK_CHIR	166	100,00	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe HCH_MK_KATH	52	100,00	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung HEP	286	100,35	49		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation HEP_IMP	255	100,39	48		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel HEP_WE	33	100,00	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM	1	Datenschutz	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM_MKU	1	Datenschutz	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen 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	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation KEP_IMP	206	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel KEP_WE	4	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen 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	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Nierenlebendspende NLS	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) PCI_LKG	2117	100,33	104		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen 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: Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 101800

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,96 - 1,02

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 0,28

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

Kennzahl-ID: 101801

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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: 0,86

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,79 - 0,92

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 Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Kennzahl-ID: 102001

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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: 96,97****Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit): 96,31 - 97,51****Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /****Rechnerisches Ergebnis:****Vertrauensbereich (Krankenhaus):****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:****Fachlicher Hinweis IQTIG:****Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:****Qualitätsindikator:** Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis**Kennzahl-ID: 10211**

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 3,19

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 Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID: 111801

Leistungsbereich: Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

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: 0,15

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,09 - 0,25**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 6,21**Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:****Fachlicher Hinweis IQTIG:****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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Einheit:

Bundesergebnis: 1,01

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 3,77

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 1,49 - 8,62

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:

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/> 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 mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID: 121800

Leistungsbereich: Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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: 1,07

Referenzbereich (bundesweit):

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,87 - 1,31**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:****Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:****Qualitätsindikator:** Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)**Kennzahl-ID:** 12253**Leistungsbereich:** Herztransplantation**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: 83,33

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 78,80 - 87,06

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:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Kennzahl-ID: 12269

Leistungsbereich: Herztransplantation

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: 81,73

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 77,07 - 85,62

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:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Qualitätsindikator: Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Kennzahl-ID: 12289

Leistungsbereich: Herztransplantation

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: 78,47

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 73,37 - 82,83

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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung**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:****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

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

Kennzahl-ID: 131801

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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): 0,93 - 1,03

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Ergebnisse der Qualitätssicherung**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:****Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt**Kennzahl-ID:** 131802**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen**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: 0,65****Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit): 0,55 - 0,77****Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /****Rechnerisches Ergebnis: 0,00****Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 3,60****Ergebnis im Berichtsjahr:****Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:****Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:****Fachlicher Hinweis IQTIG:****Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:**

Qualitätsindikator: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Kennzahl-ID:** 132001**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen**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):** 0,90 - 1,05**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:** 1,46**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,52 - 3,14**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/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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

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

Kennzahl-ID: 132002

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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: 1,20

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,01 - 1,41

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 5,61

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 Stimmungsungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den [Methodischen Grundlagen?](#) unter folgendem Link entnommen werden: [Methodische Grundlagen?](#) des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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

Kennzahl-ID: 132003

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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: 95,64

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 95,15 - 96,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 100,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 88,30 - 100,00

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG:

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 141800

Leistungsbereich: Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

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: 0,22

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,13 - 0,38

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 7,87

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG:

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

Kennzahl-ID: 151800

Leistungsbereich: Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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: 1,33

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,09 - 1,63

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 6,88

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: 80,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 67,64 - 88,45

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:** 0,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 48,99**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: Datenschutz

Ergebnisse der Qualitätssicherung**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:** 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:

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/> 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: 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:** Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind**Kennzahl-ID:** 2157**Leistungsbereich:** Herztransplantation**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:** 10,26**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 7,47 - 13,94**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: 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: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 2194

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,96 - 1,03

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:** 2,13**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 1,22 - 3,39**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/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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

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

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Kennzahl-ID:** 2195**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** ja**Einheit:****Bundesergebnis:** 0,90**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,78 - 1,03**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:** 0,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 6,65**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/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Kennzahl-ID: 222000_50062

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Typ des Ergebnisses: EKez

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

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Bundesergebnis:** 0,90**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,81 - 1,01**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 39,03**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:** 1**Qualitätsindikator:** Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern**Kennzahl-ID:** 222001_50062**Leistungsbereich:** Versorgung von Früh- und Neugeborenen**Typ des Ergebnisses:** EKez

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 0,17

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,13 - 0,22

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 39,03

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: 2

Qualitätsindikator: Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 222002_50062

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,37

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,25 - 1,50

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 39,03

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: 3

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Qualitätsindikator: Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)

Kennzahl-ID: 222200

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 0,48

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,36 - 0,65

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/> 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:** Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Kennzahl-ID:** 222201**Leistungsbereich:** Versorgung von Früh- und Neugeborenen**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:** 0,88**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,76 - 1,02**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: 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:

Qualitätsindikator: Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID: 222400

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,24

Referenzbereich (bundesweit):

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,50**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:** Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Kennzahl-ID:** 222401**Leistungsbereich:** Versorgung von Früh- und Neugeborenen**Typ des Ergebnisses:** TKez**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Einheit:

Bundesergebnis: 1,05

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,87 - 1,27

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 Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Qualitätsindikator: Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 222402

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 0,94

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,81 - 1,09

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 269,17

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 nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Kennzahl-ID:** 251800**Leistungsbereich:** Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen**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:** 0,96**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,83 - 1,11**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: 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: Vorhergesagte durchschnittliche Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems oder künstlichen Herzens im Krankenhaus versterben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 251801**Leistungsbereich:** Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DEQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Einheit: %

Bundesergebnis: 20,16

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 19,72 - 21,27

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 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: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 352001

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

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): 0,93 - 1,09

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 1,56

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,98 - 2,46

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/>

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Kennzahl-ID: 352002

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

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: 4,86

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 4,60 - 5,14

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 9,52

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 7,02 - 12,80

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/>

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: 352007

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

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): 0,98 - 1,14

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Rechnerisches Ergebnis:** 1,55**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 1,05 - 2,27**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 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:** Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Kennzahl-ID:** 352008**Leistungsbereich:** Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DEQS

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,03

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,96 - 1,10

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 1,41

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,95 - 2,09

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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Sortierung:****Qualitätsindikator:** Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Kennzahl-ID:** 372002**Leistungsbereich:** Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird**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):** 0,98 - 1,13**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:** 0,91**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,42 - 1,94**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: 372006

Leistungsbereich: Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

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): 0,97 - 1,15

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 2,37

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 1,40 - 3,96

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 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: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 372007

Leistungsbereich: Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

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): 0,98 - 1,13

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 1,93

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 1,16 - 3,16

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:** Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Kennzahl-ID:** 382001**Leistungsbereich:** Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird**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:** 1,04**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,91 - 1,20**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: 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:** Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen**Kennzahl-ID:** 382002**Leistungsbereich:** Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird**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:** 2,23**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,92 - 2,59**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:** 7,92**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 4,07 - 14,86**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 während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 382006

Leistungsbereich: Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

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: 0,94

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,82 - 1,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 1,20

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,47 - 2,91

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 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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Sortierung:****Qualitätsindikator:** Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Kennzahl-ID:** 382007**Leistungsbereich:** Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird**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):** 0,84 - 1,08**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:** 1,38**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,60 - 3,04**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: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 392003

Leistungsbereich: Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

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: 0,90

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,75 - 1,10

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 6,55

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 während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 392011

Leistungsbereich: Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

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): 0,83 - 1,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 3,10

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 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: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 392012

Leistungsbereich: Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

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): 0,91 - 1,13

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: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 402003

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

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: 1,12

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,98 - 1,28

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 während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 402011

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

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): 0,92 - 1,18

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 1,72

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,91 - 3,11

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 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: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 402012

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

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): 0,91 - 1,15

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 1,14

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,56 - 2,25

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: Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 50050

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,16

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,03 - 1,30

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/> Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 50052

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,10

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,97 - 1,24

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/> 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/> Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 50053

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 2,25

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 2,06 - 2,45

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: 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/> Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 50060

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Typ des Ergebnisses: QI

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

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: ja

Einheit:

Bundesergebnis: 0,90

Referenzbereich (bundesweit):

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,84 - 0,96**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://iqtiq.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:** Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 50062

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,04

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,97 - 1,11

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 15,47

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: Ein Hörtest wurde durchgeführt

Kennzahl-ID: 50063

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 98,13

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 98,04 - 98,22

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 91,67

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 64,61 - 98,51

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 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: Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 50069

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 0,96

Referenzbereich (bundesweit):

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,87 - 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://iqtiq.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: Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 50074

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 0,90

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,87 - 0,94

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 8,38

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: Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID: 51070

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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:** 0,23**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,20 - 0,27**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 21,53**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:** Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**Kennzahl-ID:** 51076**Leistungsbereich:** Versorgung von Früh- und Neugeborenen**Typ des Ergebnisses:** TKez

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS****Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein****Einheit: %****Bundesergebnis: 3,23****Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit): 2,87 - 3,64****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:** Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Kennzahl-ID:** 51078**Leistungsbereich:** Versorgung von Früh- und Neugeborenen**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:** 5,40**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 4,76 - 6,13**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:** Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**Kennzahl-ID:** 51079**Leistungsbereich:** Versorgung von Früh- und Neugeborenen**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:** 7,84**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 7,18 - 8,55**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: 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:**

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 51136_51901

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,06

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,95 - 1,19

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: 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: 1

Qualitätsindikator: Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 51141_51901

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,13

Referenzbereich (bundesweit):

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,31**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/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:** 2**Qualitätsindikator:** Schwerwiegende Schädigungen des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Kennzahl-ID:** 51146_51901

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,01

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,88 - 1,15

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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:** 3**Qualitätsindikator:** Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Kennzahl-ID:** 51156_51901**Leistungsbereich:** Versorgung von Früh- und Neugeborenen**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:** 2,24**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 2,03 - 2,46**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: 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: 4

Qualitätsindikator: Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 51161_51901

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 0,87

Referenzbereich (bundesweit):

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,71 - 1,06

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/> 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: 5

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

Kennzahl-ID: 51186

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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: 0,85

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,71 - 1,02

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 2,14

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 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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung**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:** 51191**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers**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:** 0,87**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,82 - 0,93**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:** 0,96**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,49 - 1,86**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: 51196

Leistungsbereich: Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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: 0,76

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,64 - 0,90

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 während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 51404

Leistungsbereich: Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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: 1,07

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,93 - 1,23

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 1,45

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 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: %

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Bundesergebnis: 1,74

Referenzbereich (bundesweit):

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

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/> 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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Referenzbereich (bundesweit):

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

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/> 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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Sortierung:**

Qualitätsindikator: Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID: 51832

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 3,49

Referenzbereich (bundesweit):

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

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/>

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 51837

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,06

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,95 - 1,19

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: 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/> Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID: 51838

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,96

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,69 - 2,27

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: Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 51843

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,03

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,89 - 1,19

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/> Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

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

Kennzahl-ID: 51859

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: 3,10

Referenzbereich (bundesweit):

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

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/> 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 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:** 0,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 32,44**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 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):

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,90 - 1,22**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):****Rechnerisches Ergebnis:** 0,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 9,92**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:**

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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 5,63

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: Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, schwerwiegende Schädigungen des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID: 51901

Leistungsbereich: Versorgung von Früh- und Neugeborenen

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: 1,26

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,19 - 1,33

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, 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

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,14**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, 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:

Bundesergebnis: 1,06

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 2,24

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 1,88 - 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, 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: %

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Bundesergebnis:** 0,00**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,00 - 0,00**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 0,02**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, 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

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: 0,01

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,01 - 0,01

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 0,02

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:

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 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: 0,14

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,09 - 0,20

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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Referenzbereich (bundesweit):

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

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 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)

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): /

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

Kennzahl-ID: 52305

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses: QI

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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 96,13

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 96,06 - 96,20

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 94,99

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 93,42 - 96,20

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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauer, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kennzahl-ID: 52311

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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): 0,89 - 1,01

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

Kennzahl-ID: 52315

Leistungsbereich: Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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: 0,74

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,55 - 0,98**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:****Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:****Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:****Qualitätsindikator:** Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten**Kennzahl-ID:** 52316**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen**Typ des Ergebnisses:** QI**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Einheit: %

Bundesergebnis: 96,93

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 96,80 - 97,06

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 95,12

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 92,22 - 96,98

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 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239- 254. ISBN: 978-3794527267.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Qualitätsindikator: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Kennzahl-ID: 52324

Leistungsbereich: Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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: 0,68

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,49 - 0,93

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 8,03

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG:

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Sortierung:**

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

Kennzahl-ID: 52325

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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: 0,85

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,72 - 1,00

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 5,79

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: 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: %

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Bundesergebnis: 0,35

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,57

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,47 - 0,69

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: Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt

Kennzahl-ID: 52385

Leistungsbereich: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

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: 6,94

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 5,33 - 8,99

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: Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt

Kennzahl-ID: 52386

Leistungsbereich: Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

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: 0,00

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,00 - 13,32

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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Risikoadjustierte Rate:****Bezug andere QS Ergebnisse:****Sortierung:****Qualitätsindikator:** Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt**Kennzahl-ID:** 52387**Leistungsbereich:** Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen**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:** 17,65**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 6,19 - 41,03**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:

Qualitätsindikator: Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt

Kennzahl-ID: 52388

Leistungsbereich: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Typ des Ergebnisses: QI

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

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: ja

Einheit: %

Bundesergebnis: 8,41

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 6,63 - 10,62

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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: Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt

Kennzahl-ID: 52389

Leistungsbereich: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

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: 16,00

Referenzbereich (bundesweit):

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Vertrauensbereich (bundesweit): 6,40 - 34,65

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:

Qualitätsindikator: Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt

Kennzahl-ID: 52390

Leistungsbereich: Herzunterstützungssysteme/Kunsterherzen

Typ des Ergebnisses: TKEZ

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

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Ergebnisse der Qualitätssicherung**Einheit:** %**Bundesergebnis:** 17,65**Referenzbereich (bundesweit):****Vertrauensbereich (bundesweit):** 6,19 - 41,03**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:****Qualitätsindikator:** Fehlerhafte Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt**Kennzahl-ID:** 52391**Leistungsbereich:** Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

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: 0,27

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,07 - 0,97

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: Fehlerhafte Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt

Kennzahl-ID: 52392

Leistungsbereich: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

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: 8,00

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 2,22 - 24,97

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/>

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Fehlerhafte Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt

Kennzahl-ID: 52393

Leistungsbereich: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

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: 0,00

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,00 - 18,43

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/>

Ergebnisse der Qualitätssicherung**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:** 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:** 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, 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):

Ergebnisse der Qualitätssicherung**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:**

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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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: 0,89

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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

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: 1,34

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,70 - 2,34

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: 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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Einheit:

Bundesergebnis: 0,93

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 3,57

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: 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 (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 - 1,71**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: 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: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 5,57

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

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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Bundesergebnis: 1,01

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 4,91

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: 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

Referenzbereich (bundesweit):

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

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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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 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. 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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Bundesergebnis: 1,05

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 2,88

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 1,79 - 4,18

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, 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:

Bundesergebnis: 0,97

Referenzbereich (bundesweit):

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

Ergebnisse der Qualitätssicherung**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:**

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: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 54143

Leistungsbereich: Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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: 3,43

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 3,28 - 3,58

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:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 70,53

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 60,85 - 78,98

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 Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den [Methodischen Grundlagen](#) unter folgendem Link entnommen werden: [?Methodische Grundlagen?](#) des IQTIG, Kapitel 15

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 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

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:

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: 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): /

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:****Risikoadjustierte Rate:****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:** %

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Bundesergebnis: 95,08

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 93,91

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 88,42 - 97,24

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: 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

Referenzbereich (bundesweit):

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

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 1,38

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,39 - 3,87

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.

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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: 2,52

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,77 - 6,96

Ergebnis im Berichtsjahr:

Ergebnisse der Qualitätssicherung**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 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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Bundesergebnis: 89,18

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 89,06 - 89,29

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 84,52

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 80,04 - 88,52

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: 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

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: 84,44

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 81,39 - 87,25

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.

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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 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: 81,90

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 79,53 - 84,15

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 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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 74,95 - 75,23

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 62,14

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 55,73 - 68,38

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

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 56107

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: 94,83

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 84,50 - 99,61

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 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: 78,50

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 69,98 - 85,94

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 Patientenheimd 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: 87,50

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 80,38 - 93,20

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: 85,81

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 74,31 - 94,56

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: 74,42

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 68,87 - 79,72

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:** 61,39**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 53,37 - 69,28**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: 50,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 28,29 - 71,76

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:** 87,50**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 64,70 - 99,00**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: 65,49

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 54,14 - 76,02

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: 86,61

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 76,63 - 94,12

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: 1,41

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,76 - 2,58

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:** 0,70**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,41 - 1,11**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 - 2,27

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: 0,77

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,29 - 1,69

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:** 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:**

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: 1,99

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,67 - 4,73

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:** Datenschutz**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz**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: 1,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,34 - 2,39

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: 1,67

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,64 - 3,65

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:** 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/>. 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

DMP	Kommentar / Erläuterung
Diabetes mellitus Typ 1	
Diabetes mellitus Typ 2	

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:

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/krankenhaeuser/>

Leistungsbereich: Krankenhausapotheke

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Apothekenspezifisches Qualitätsmanagement-System

Ergebnis: Qualitäts-Zertifikat

Messzeitraum:

Datenerhebung: jährlich

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.abda.de/themen/apotheke/qualitaetssicherung0/>

Leistungsbereich: Klinik für Thoraxchirurgie

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Benchmark für zertifizierte Thoraxzentren der DGT

Ergebnis: Alle Vorgabeindikatoren werden eingehalten

Messzeitraum: kontinuierlich

Datenerhebung: Alle Patienten der Thoraxchirurgie

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

Leistungsbereich: Klinik für Neurologie - Schlaganfallabteilung (Stroke Unit)

Bezeichnung des Qualitätsindikators: IQN Schlaganfallregister Zahlreiche Indikatoren

Ergebnis: Überwiegend überdurchschnittliche Ergebnisse

Messzeitraum: Jährlich

Datenerhebung: Vollerhebung

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <http://www.aekno.de/downloads/archiv/2007.11.018.pdf>

Leistungsbereich: Alle Fachbereiche

Bezeichnung des Qualitätsindikators: KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System)

Ergebnis: keine Auffälligkeiten im Benchmark

Messzeitraum:

Datenerhebung: kontinuierlich

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/>

Leistungsbereich: Alle Fachbereiche

Bezeichnung des Qualitätsindikators: MRSA-Prävention

Ergebnis: Qualitätssiegel (EQS1)

Messzeitraum:

Datenerhebung: kontinuierlich

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: https://www.lzg.nrw.de/inf_schutz/krkhs-hygiene/mre_netzwerke/siegel/index.html

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Alle Fachabteilungen
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Qualitätssicherung aus Routinedaten, Zahlreiche Indikatoren aus allen Fachabteilungen
Ergebnis: Unterschiedliche Ergebnisse aus allen Fachbereichen zum Vergleich mit Krankenhäusern im Rheinland
Messzeitraum: Jährlich
Datenerhebung: Vollerhebung
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: http://www.klinikfuehrer-rheinland.de/bqs_kennzahlen_liste.php?bqs_liste=2
Leistungsbereich: Zentrale Abteilung für Laboratoriumsmedizin Ringversuche aller Laborgeräte
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Ringversuche Laborgeräte
Ergebnis: Regelrechte Funktion aller eingesetzten Geräte
Messzeitraum: Quartalsweise
Datenerhebung: Vollerhebung
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:
Leistungsbereich: Klinik für Wirbelsäulenchirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Teilnahme am Wirbelsäulenregister gem. Anforderungen der DWG
Ergebnis: Erfüllung der Anforderungen
Messzeitraum:
Datenerhebung: Vollerhebung
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: Benchmarkbericht der DWG
Leistungsbereich: Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Traumaregister
Ergebnis: Vorgaben des Traumaregister werden eingehalten
Messzeitraum: kontinuierlich
Datenerhebung: Vollerhebung
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: Traumanetzwerk der AUC

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
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	26	39		
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	40	93		

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Leistungsbereich	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene
Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	39
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	38
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	

Leistungsbereich	Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen
Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	93
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	57
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
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	Anforderungen erfüllt.
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)	89
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	83
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	80

(*) 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)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Hals-Nasen- Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Hals-Nasen- Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Tag	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Kardiologie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B1.1	Nacht	100,00	0	Station wurde mitte Okt. geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Kardiologie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B1.1	Tag	72,73	0	Station wurde mitte Okt. geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN A5.1	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN A5.1	Tag	100,00	0	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.2	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Tag	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.2	Tag	66,67	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Tag	100,00	0	wurde am 16.5. geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Nacht	100,00	0	wurde am 16.5. geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN BE.1	Nacht	100,00	0	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN BE.1	Tag	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Interdisziplinäre Intensivstation, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Intensivmedizin	EKN B1.2	Tag	91,67	0	Starke Erhöhung der Patientenzahl
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Interdisziplinäre Intensivstation, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Intensivmedizin	EKN B1.2	Nacht	100,00	0	
Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemein Chirurgie	Neurochirurgie	EKN A5.3	Nacht	100,00	0	ab dem 15.5. PPUGV-Pflichtig belegt
Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemein Chirurgie	Neurochirurgie	EKN A5.3	Tag	100,00	0	ab dem 15.5. PPUGV-Pflichtig belegt
HNO, Innere Medizin, Kardiologie, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemeine Chirurgie	Neurochirurgie	EKN STOP	Tag	100,00	0	Aufnahmestation, Besetzung von 6:00 - 16:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemein Chirurgie	Neurochirurgie	EKN A4.2	Nacht	100,00	0	ab dem 14.5. meldepflichtig belegt

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemein Chirurgie	Neurochirurgie	EKN A4.2	Tag	100,00	0	ab dem 14.5. meldepflichtig belegt
Herzchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B3.1	Tag	100,00	0	
Herzchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B3.1	Nacht	58,33	0	
Herzchirurgie, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B2.1	Nacht	100,00	0	Neubelegung durch Umzug HZD
Herzchirurgie, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B3.2a IMC	Tag	100,00	0	Eröffnung nach fertigstellung
Herzchirurgie, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B2.1	Tag	100,00	0	Neubelegung durch Umzug HZD
Herzchirurgie, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B3.2a IMC	Nacht	100,00	0	Eröffnung nach fertigstellung
Herzchirurgie, Kardiologie, interdisziplinäre Intensivmedizin	Intensivmedizin	EKN BE.2	Nacht	100,00	0	Neubezug durch die Intensivstationen des HZD
Herzchirurgie, Kardiologie, interdisziplinäre Intensivmedizin	Intensivmedizin	EKN BE.2	Tag	87,50	0	Neubezug durch die Intensivstationen des HZD
Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Pädiatrische Intensivmedizin	Pädiatrische Intensivmedizin	EKN A2.2	Nacht	100,00	0	
Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Pädiatrische Intensivmedizin	Pädiatrische Intensivmedizin	EKN A2.2	Tag	100,00	0	
Innere Medizin, Kardiologie	Innere Medizin, Kardiologie	EKN B1.1	Nacht	100,00	0	Neubelegung durch Umzug HZD
Innere Medizin, Kardiologie	Innere Medizin, Kardiologie	EKN B1.1	Tag	72,73	0	Neubelegung durch Umzug HZD
Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, allgemeine Chirurgie	Neurologie	EKN A1.1	Nacht	100,00	0	
Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, allgemeine Chirurgie	Neurologie	EKN A1.1	Tag	100,00	0	
Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, allgemeine Chirurgie	Neurologie	EKN B3.1	Nacht	58,33	0	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, allgemeine Chirurgie	Neurologie	EKN B3.1	Tag	100,00	0	Starke Erhöhung der Patientenzahl
Innere Medizin, Neurologie	Neurologie	EKN A4.1	Tag	8,33	0	Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall; Starke Erhöhung der Patientenzahl
Innere Medizin, Neurologie	Intensivmedizin	EKN BE.2	Nacht	100,00	0	ab dem 8.7. geschlossen
Innere Medizin, Neurologie	Intensivmedizin	EKN BE.2	Tag	87,50	0	Starke Erhöhung der Patientenzahl; Starke Erhöhung der Patientenzahl, ab dem 8.7. geschlossen
Innere Medizin, Neurologie	Neurologie	EKN A4.1	Nacht	100,00	0	
Kinderkardiologie	Allgemeine Pädiatrie	EKN A2.1	Nacht	100,00	0	
Kinderkardiologie	Allgemeine Pädiatrie	EKN A2.1	Tag	100,00	0	
Neurologie	Neurologie	EKN A3.1	Tag	100,00	0	
Neurologie	Neurologische Schlaganfalleinheit	EKN BE.2 SU	Tag	100,00	0	Die SU ist auf die A4.2 SU umgezogen
Neurologie	Neurologische Schlaganfalleinheit	EKN A4.2 SU	Tag	100,00	0	
Neurologie	Neurologische Schlaganfalleinheit	EKN BE.2 SU	Nacht	100,00	0	Die SU ist auf die A4.2 SU umgezogen
Neurologie	Neurologische Schlaganfalleinheit	EKN A4.2 SU	Nacht	100,00	0	
Neurologie	Neurologie	EKN A3.1	Nacht	100,00	0	

8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Tag	87,27	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Nacht	87,27	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Kardiologie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B1.1	Tag	73,44	Station wurde mitte Okt. geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Kardiologie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B1.1	Nacht	98,12	Station wurde mitte Okt. geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN A5.1	Tag	93,17	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN A5.1	Nacht	92,08	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Tag	87,27	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.2	Nacht	92,90	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.2	Tag	70,49	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Nacht	87,27	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Nacht	87,27	wurde am 16.5. geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN B2.1	Tag	87,27	wurde am 16.5. geschlossen
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN BE.1	Nacht	99,45	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie	Neurochirurgie	EKN BE.1	Tag	100,00	
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Interdisziplinäre Intensivstation, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Intensivmedizin	EKN B1.2	Nacht	96,17	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Interdisziplinäre Intensivstation, Neurochirurgie, Unfallchirurgie	Intensivmedizin	EKN B1.2	Tag	75,14	Starke Erhöhung der Patientenzahl
Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemein Chirurgie	Neurochirurgie	EKN A5.3	Nacht	97,39	ab dem 15.5. PPUGV- Pflichtig belegt
Gefäßchirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemein Chirurgie	Neurochirurgie	EKN A5.3	Tag	86,96	ab dem 15.5. PPUGV- Pflichtig belegt
HNO, Innere Medizin, Kardiologie, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemeine Chirurgie	Neurochirurgie	EKN STOP	Tag	98,39	Aufnahmestation, Besetzung von 6:00 - 16:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemein Chirurgie	Neurochirurgie	EKN A4.2	Nacht	99,57	ab dem 14.5. meldepflichtig belegt
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, allgemein Chirurgie	Neurochirurgie	EKN A4.2	Tag	99,57	ab dem 14.5. meldepflichtig belegt
Herzchirurgie, Innere medizin, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B3.1	Nacht	66,30	
Herzchirurgie, Innere medizin, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B3.1	Tag	70,52	
Herzchirurgie, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B2.1	Nacht	87,27	Neubelegung durch Umzug HZD
Herzchirurgie, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B2.1	Tag	87,27	Neubelegung durch Umzug HZD

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Herzchirurgie, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B3.2a IMC	Nacht	100,00	Eröffnung nach fertigstellung
Herzchirurgie, Kardiologie	Herzchirurgie	EKN B3.2a IMC	Tag	100,00	Eröffnung nach fertigstellung
Herzchirurgie, Kardiologie, interdisziplinäre Intensivmedizin	Intensivmedizin	EKN BE.2	Nacht	97,71	Neubezug durch die Intensivstationen des HZD
Herzchirurgie, Kardiologie, interdisziplinäre Intensivmedizin	Intensivmedizin	EKN BE.2	Tag	66,51	Neubezug durch die Intensivstationen des HZD
Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Pädiatrische Intensivmedizin	Pädiatrische Intensivmedizin	EKN A2.2	Tag	88,89	
Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Pädiatrische Intensivmedizin	Pädiatrische Intensivmedizin	EKN A2.2	Nacht	100,00	
Innere Medizin, Kardiologie	Innere Medizin, Kardiologie	EKN B1.1	Nacht	98,12	Neubelegung durch Umzug HZD
Innere Medizin, Kardiologie	Innere Medizin, Kardiologie	EKN B1.1	Tag	73,44	Neubelegung durch Umzug HZD
Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, allgemeine Chirurgie	Neurologie	EKN A1.1	Tag	82,76	
Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, allgemeine Chirurgie	Neurologie	EKN B3.1	Tag	70,52	Starke Erhöhung der Patientenzahl
Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, allgemeine Chirurgie	Neurologie	EKN B3.1	Nacht	66,30	
Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, allgemeine Chirurgie	Neurologie	EKN A1.1	Nacht	70,00	
Innere Medizin, Neurologie	Intensivmedizin	EKN BE.2	Tag	66,51	Starke Erhöhung der Patientenzahl; Starke Erhöhung der Patientenzahl, ab dem 8.7. geschlossen
Innere Medizin, Neurologie	Intensivmedizin	EKN BE.2	Nacht	97,71	ab dem 8.7. geschlossen
Innere Medizin, Neurologie	Neurologie	EKN A4.1	Nacht	92,62	
Innere Medizin, Neurologie	Neurologie	EKN A4.1	Tag	30,87	Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall; Starke Erhöhung der Patientenzahl
Kinderkardiologie	Allgemeine Pädiatrie	EKN A2.1	Nacht	100,00	
Kinderkardiologie	Allgemeine Pädiatrie	EKN A2.1	Tag	100,00	

Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Neurologie	Neurologische Schlaganfalleinheit	EKN A4.2 SU	Nacht	98,00	
Neurologie	Neurologische Schlaganfalleinheit	EKN A4.2 SU	Tag	88,00	
Neurologie	Neurologie	EKN A3.1	Nacht	100,00	
Neurologie	Neurologie	EKN A3.1	Tag	100,00	
Neurologie	Neurologische Schlaganfalleinheit	EKN BE.2 SU	Nacht	99,05	Die SU ist auf die A4.2 SU umgezogen
Neurologie	Neurologische Schlaganfalleinheit	EKN BE.2 SU	Tag	88,29	Die SU ist auf die A4.2 SU umgezogen

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