

**Strukturierter Qualitätsbericht
für das Berichtsjahr 2019**

**Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH
Augusta-Krankenhaus**



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	27
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	28
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	29
B-[1] Klinik für Kardiologie, Rhythmologie und konservative Intensivmedizin	29
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	29
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	30
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	30
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	30
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	30

B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	31
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	32
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	33
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	34
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	35
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	35
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	36
B-[1].11	Personelle Ausstattung	36
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	36
B-[1].11.2	Pflegepersonal	37
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	38
B-[2]	Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin	38
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	38
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	38
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	38
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	39
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	39
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	39
B-[2].11	Personelle Ausstattung	39
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	39
B-[2].11.2	Pflegepersonal	40
B-[3]	Klinik für Innere Medizin	41
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	41
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	41
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	41

B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	42
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	42
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	43
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	45
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	46
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	46
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	46
B-[3].11	Personelle Ausstattung	46
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	46
B-[3].11.2	Pflegepersonal	47
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	47
B-[4]	Klinik für Gefäßchirurgie	48
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	48
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	48
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	48
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	48
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	49
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	49
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	50
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	51
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	52
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	53
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	53

B-[4].11	Personelle Ausstattung	53
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	53
B-[4].11.2	Pflegepersonal	54
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	55
B-[5]	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und endokrine Chirurgie	55
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	56
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	56
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	56
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	58
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	59
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	60
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	61
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	62
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	62
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	62
B-[5].11	Personelle Ausstattung	62
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	62
B-[5].11.2	Pflegepersonal	63
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	64
C	Qualitätssicherung	64
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	65
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	152
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	152

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	152
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	152
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.153 2 SGB V	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 153 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	153

Vorwort

Das Augusta-Krankenhaus ist eine Einrichtung der Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH (KMR) und gehört zum VKKD | Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist es Zentrum medizinischer Wissenschaft und bietet vielfältige Ausbildungsmöglichkeiten für angehende Ärzte und Pflegekräfte.

Medizinischer Behandlungsschwerpunkt des Augusta-Krankenhauses ist das gesamte Spektrum der Gefäß- und Herzerkrankungen. In seinem modernen OP-Zentrum werden in vier OP-Sälen Eingriffe nach neuesten medizinwissenschaftlichen Standards durchgeführt. Dazu zählen die Gefäß- und Bauchchirurgie sowie Aneurysma-Operationen der Bauchaorta und anderer großer Gefäße mit minimalinvasiven Operationsverfahren, Stentimplantationen sowie Kombinationseingriffe. Weiterhin werden an drei hochmodernen Linksherzkatheter-Messplätzen kardiologische Patienten mit lebensbedrohlichen Verschlüssen an den Herzkranzgefäßen behandelt. Eine eigene Schrittmacher-Ambulanz sowie die nur an wenigen Klinik-Standorten in Deutschland angebotene Herzhose-Therapie runden das Spektrum ab.

Weiterhin sind Spezialisten für Allgemein-, Thorax-, Viszeral- und Endokrine Chirurgie zur Behandlung sowie Experten auf dem Gebiet der Inneren Medizin vertreten. Durch diese Kombination können Diagnosen und Therapien u.a. bei sämtlichen Erkrankungen des arteriellen und venösen Systems, des Verdauungstraktes und auf dem Gebiet der Drüsen des menschlichen Körpers erbracht werden.

Über dies hinaus sind hervorzuheben:

- Herzkatheterlabor mit drei Linksherzkatheter-Messplätzen für invasive Diagnostik und Therapie von Gefäßverschlüssen sowie für die Behandlung von Herzrhythmusstörungen
- Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion in der unmittelbaren räumlichen Nähe durch das Dialysezentrum des MVZ DaVita Rhein-Ruhr
- Anbindung an das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ) zur interdisziplinären stationären Diabetesbetreuung von Patienten mit Diabetes mellitus.
- Zertifikat der Deutschen Diabetes Gesellschaft "Klinik für Diabetespatienten geeignet"

Besondere Auszeichnungen:

- Zertifizierte "Chest-Pain-Unit" der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie e.V. (DGK) - Herz- und Kreislaufforschung e.V.
- Zertifiziert als HFU-Schwerpunktklinik durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) und die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (DGTHG)
- Das Augusta-Krankenhaus ist Träger des Bronze-Zertifikats der "Aktion Saubere Hände".
- Das Qualitätsmanagement ist nach der DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.
 - Alle geplant aufzunehmenden Patienten werden auf MRSA getestet.
 - Das Augusta-Krankenhaus ist Mitglied im "Aktionsbündnis Patientensicherheit" und aktiver Teilnehmer im MRE-Netzwerk Düsseldorf.

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Herr Ass.-jur. Jürgen Braun, Geschäftsführer
Telefon:	0211 9043 601
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	braun@vkkd-kliniken.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Herr Michael Radde, Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon:	0211 958 2261
Fax:	0211 958 2704
E-Mail:	radde@vkkd-kliniken.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	http://www.augusta-duesseldorf.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.vkkd-kliniken.de

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	www.augusta-duesseldorf.de	Umfassende Informationen halten wir für Sie auf unserer Internetseite bereit.
2	www.3m-drg.de	Version 2019.4.1 3M-Qualitätsbericht-Patch 2019.4.1, 22.10.2019

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0300	Klinik für Kardiologie, Rhythmologie und konservative Intensivmedizin
2	Nicht-Bettenführend	3790	Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin
3	Hauptabteilung	0100	Klinik für Innere Medizin
4	Hauptabteilung	1800	Klinik für Gefäßchirurgie
5	Hauptabteilung	1520	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und endokrine Chirurgie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Krankenhaus Mörsenbroich Rath GmbH / Augusta-Krankenhaus
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer alt:	1
Telefon-Vorwahl:	0211
Telefon:	90430
Krankenhaus-URL:	http://www.vkkd-kliniken.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Augusta-Krankenhaus
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer alt:	1
E-Mail:	info@augusta-duesseldorf.de
Standort-URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Herr Martin Freund, Pflegedienstleiter
Telefon:	0211 9043 151
Fax:	0211 9043 142
E-Mail:	freund@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Ass.-jur. Jürgen Braun, Geschäftsführer
Telefon:	0211 9043 601
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	braun@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Karl-Heinz Schultheis, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 593
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	karl-heinz.schultheis@vkkd-kliniken.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Augusta-Krankenhaus
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Herr Martin Freund, Pflegedienstleiter
Telefon:	0211 9043 151
Fax:	0211 9043 142
E-Mail:	freund@vkkd-kliniken.de

Standort:	Augusta-Krankenhaus
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Ass.-jur. Jürgen Braun, Geschäftsführer
Telefon:	0211 9043 601
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	braun@vkkd-kliniken.de

Standort:	Augusta-Krankenhaus
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Karl-Heinz Schultheis, Ärztlicher Direktor

Telefon:	0211 9043 593
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	karl-heinz.schultheis@vkkd-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

INSTITUTIONSKENNZEICHEN	
1	260511805

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1	Heinrich Heine Universität Düsseldorf
---	---------------------------------------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Familiale Pflege. Die jeweiligen Stationsleitungen stellt gerne den Kontakt zum Sozialdienst für Sie her.</i>
2	Diät- und Ernährungsberatung <i>Wenn Ihnen eine spezielle Diät verordnet wurde, helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen gerne bei der Aufstellung Ihres individuellen Speiseplans.</i>
3	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Individuelle Steuerung der Entlassungsplanung möglichst zur optimalen Wiedereingliederung in die gewohnte Umgebung.</i>
4	Kinästhetik <i>Die Lehre von der Bewegungsempfindung. Qualifizierte Therapeuten trainieren Sie mit individuell abgestimmten Maßnahmen.</i>
5	Sozialdienst

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Beratung zu Leistungen der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung, Ambulante Pflegedienste/ Ambulante Hospizdienste, Mahlzeitendienst, Hausnotrufgerät, Behindertenfahrdienste, Schwerbehindertenausweis, Betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen, Vorsorgevollmachten.</i>
6	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Verein für Gesundheitssport und Sporttherapie (VGS) (www.vgs.de), Prostata-Selbsthilfegruppe Marien Hospital Düsseldorf.</i>
7	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Enge Zusammenarbeit mit dem Westdeutschen-Diabetes-Zentrum (WDGZ)</i>
8	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Wir beraten Sie u. a. bei Blasenschwäche.</i>
9	Wundmanagement <i>Zertifizierte Wundmanagerinnen werden bei Bedarf hinzugezogen.</i>
10	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Bluthochdruck-Stammtisch; Ernährungsberatung</i>
11	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Spezielle Veranstaltungen für Patienten und Angehörigen im Internet. Z.B. Beratung zur Sturzprophylaxe.</i>
12	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Nach der OP beginnt das Team der Physiotherapie mit der krankengymnastischen Nachbehandlung. Qualifizierte Therapeuten trainieren den Patienten mit individuell abgestimmten Maßnahmen. Ziel: die Wiederherstellung der allgemeinen Mobilität. Individuelle Behandlung.</i>
13	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Im Rahmen der Behandlung in der physikalischen Therapie</i>
14	Schmerztherapie/-management <i>Zusätzlich zur postoperativen Schmerztherapie wird auch die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten nach Vereinbarung von der Anästhesieabteilung durchgeführt. Die Behandlungen erfolgen selbstverständlich in enger Kooperation mit niedergelassenen Schmerztherapeuten.</i>
15	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Rehabilitationsberatung findet über den Sozialdienst statt.</i>
16	Basale Stimulation
17	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Krankengymnastik</i>
18	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>Bobath-Therapie für Erwachsene</i>
19	Manuelle Lymphdrainage
20	Massage <i>Im Rahmen der Physiotherapie bieten wir die klassische Massage an. Speziell z. B. Bindegewebsmassage und Colonmassage.</i>
21	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Spiegeltherapie</i>
22	Atemgymnastik/-therapie <i>Postoperativ und bei internistischen Erkrankungen.</i>
23	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
24	Medizinische Fußpflege
25	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
26	Spezielle Entspannungstherapie
27	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
28	Stomatherapie/-beratung
29	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
30	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Pflege/Kurzzeitpflege/TagespflegeVermittlung und Beratung erfolgt durch den Sozialdienst.</i>
31	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) <i>Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation ist eine physio-/ergotherapeutische u. logopädische Beh.- Methode, die bei Patienten aller medizinischen Fachbereiche Anwendung findet, bei denen das Bewegungsverhalten durch eine Erkrankung, Verletzung, Operation oder Degeneration gestört ist.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
3	Zwei-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
4	Ein-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
5	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Die Aufnahme der Begleitperson ist grundsätzlich möglich. Eine vorherige Anmeldung ist erforderlich.</i>
6	Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>Es gibt regelmäßige Gottesdienste. Beachten Sie bitte den Aushang.</i> https://www.vkhd-kliniken.de/vkhd/krankenhaus-seelsorge/

LEISTUNGSANGEBOT	
7	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Bitte informieren Sie sich in der Tagespresse oder auf unserer Internetseite.</i> https://www.vkkd-kliniken.de/aktuelles/
8	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>Wenn Ihnen eine spezielle Diät verordnet wurde, helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen gerne bei der Aufstellung Ihres individuellen Speiseplans.</i>
9	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Für Ihre persönlichen Belange während Ihres stationären Aufenthaltes bei uns stehen Ihnen die ehrenamtlich tätigen "Rosa Damen" der katholischen Krankenhaushilfe zur Seite.</i> https://www.augusta-duesseldorf.de/unser-haus/patienten-besucher/ehrenamt/
10	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Der Sozialdienst weist gerne auf die unterschiedlichsten Selbsthilfegruppen hin.</i>

Seelsorge im VKKD

die Zeit im Krankenhaus ist eine besondere Zeit, jenseits des Gewohnten und Vertrauten. Krankheit kann auch eine große persönliche Herausforderung sein. Sich ihr zu stellen, ist nicht immer leicht. Verschiedenste Gedanken, Gefühle, Sorgen, Fragen und Ängste bewegen Sie als Betroffene oder Angehörige vielleicht in diesen Tagen.

Da kann es gut tun, mit jemandem vertraulich über das zu reden, was auf der Seele brennt.

Wir möchten uns Zeit für Sie nehmen und für Sie da sein, so wie es Ihnen gut tut.

Wir sind offen für alle, die unsere Hilfe suchen, unabhängig von ihrer Kirchen- oder Religionszugehörigkeit.

Gerne teilen wir Ihre Freude und Sorgen und auch Ihre Freude und Dankbarkeit mit Ihnen. Wir möchten Sie menschliche Nähe spüren lassen und Sie in Ihrem Glauben stärken und ermutigen.

Ihr Seelsorgeteam

Unsere Angebote für Sie

- Das vertrauliche Gespräch, das nach Wunsch auch in geschützter Umgebung stattfinden kann
- Feiern von Gottesdiensten und Andachten (auch am Krankenbett), Kommunionempfang, Abendmahl, Krankensalbung, Beichte, Gebet und Segen.
- Kontaktaufnahme mit den Kirchengemeinden, anderen kirchlichen Diensten und Beratungsstellen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Herr Michael Radde, Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon:	0211 958 2261
Fax:	0211 958 2704
E-Mail:	radde@vkkd-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift <i>Die Aufzüge haben alle eine Sprachansage.</i>
2	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung <i>Die große und farblich hervorgehobene Beschriftung wird Ihnen helfen die einzelnen Bereiche zu finden.</i>
3	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) <i>Sie können alle Aufzüge vom Rollstuhl aus bedienen.</i>
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen <i>Mit dem Rollstuhl können Sie alle Bereiche erreichen.</i>
5	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
6	Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <i>Vorhanden.</i>
7	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerichten Sanitäranlagen <i>Vorhanden.</i>
8	Arbeit mit Piktogrammen <i>Selbsterklärende Piktogramme informieren Sie im ganzen Haus.</i>
9	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
10	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
11	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
	<i>OP Tische von 155 bis max. 245 kg. Bei Übergröße können oben und unten Teile an den OP-Tisch angebaut werden. Bei extremem Übergewicht und Übergröße der Betten wird von Hand geschleust.</i>
12	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
13	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
14	Diätetische Angebote <i>Falls Ihnen eine besondere Diät verordnet wurde, unterstützen Sie unsere Diätassistentinnen bei der Auswahl der Speisen.</i>
15	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>türkisch, arabisch, russisch, italienisch</i>
16	Besondere personelle Unterstützung <i>Die "Rosa Damen" der Krankenhaushilfe stehen Ihnen gerne während Ihres Aufenthaltes zur Seite.</i>
17	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung <i>z.B. Raum der Stille / Kapelle</i>
18	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus <i>Aufnahme- und Wahlleistungsvertrag liegen in Englisch und Russisch vor.</i>
19	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
20	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
21	Aufzug mit visueller Anzeige

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Doktorandenbetreuung
2	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
3	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
4	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
5	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher <i>Chirurgische Lehrbuch-2018 Thieme Verlag Chirurgie und Bildgebung. Vortragstätigkeiten.</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) und CTA
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
3	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 200

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	9117
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	19257

Achtung: bei den ambulanten Zahlen handelt es sich lediglich um Fallzahlen, eine Kontaktdokumentation liegt in unseren Häusern nicht vor.

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	76,84	76,80	0,04	0,00	76,84
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	40,24	40,20	0,04	0,00	40,24
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,97	1,97	0,00	0,00	1,97
- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,97	1,97	0,00	0,00	1,97

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	144,63 7,97	140,59 7,97	4,04 0,00	0,00 0,00	144,63 7,97
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,81 0,00	0,00 0,00	0,81 0,00	0,00 0,00	0,81 0,00
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,99 0,00	0,00 0,00	0,99 0,00	0,00 0,00	0,99 0,00
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	9,65 0,68	9,65 0,68	0,00 0,00	0,00 0,00	9,65 0,68
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,28 0,00	4,04 0,00	0,24 0,00	0,00 0,00	4,28 0,00
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,74 4,32	6,66 4,24	0,08 0,08	0,00 0,00	6,74 4,32
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,50 0,00	2,50 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	2,50 0,00

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,
Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
----------	------	--------	---------	------	-------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,
Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistentin und Diätassistent	1,25	1,25	0,00	0,00	1,25
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75

Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	5,28	5,28	0,00	0,00	5,28
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	2,08	2,08	0,00	0,00	2,08
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	2,53	2,53	0,00	0,00	2,53

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Herr Michael Radde, Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragter
Telefon:	0211 958 2261
Fax:	0211 958 2704
E-Mail:	radde@vkkd-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Lenkungsgruppe: Geschäftsführung, Ärztliche Direktion, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement CIRS-Team: Verwaltung, Medizin, Pflege
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.2 Lenkungsremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Lenkungsgruppe: Geschäftsführung, Ärztliche Direktion, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement
CIRS-Team: Verwaltung, Medizin, Pflege

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitäts- und Risikomanagement-Dokumentation nach DIN EN ISO 9001, ISO 31000Expertenstandards Sturz, Dekubitus, Ernährung, Entlassung, Inkontinenz Letzte Aktualisierung: 01.01.2013</i>
2	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
3	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitäts- und Risikomanagement-Dokumentation nach DIN EN ISO 9001, ISO 31000Team-Time-Out Letzte Aktualisierung: 01.01.2013</i>
4	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Umgang mit defekten Geräten. Letzte Aktualisierung: 30.10.2012</i>
5	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Notfallmanagement-Hausinterne med. Notfälle-Herzalarm Letzte Aktualisierung: 19.09.2019</i>
6	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
7	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitäts- und Risikomanagement-Dokumentation nach DIN EN ISO 9001, ISO 31000Expertenstandards Sturz. VA-Sturzprophylaxe. Letzte Aktualisierung: 15.12.2016</i>
8	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
9	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB-patientenbezogener OP-Ablauf Letzte Aktualisierung: 27.06.2016</i>
10	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-Schmerzmanagement in der Pflege Letzte Aktualisierung: 17.09.2012</i>
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 19.12.2016</i>
13	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Fixation - Fixierung Letzte Aktualisierung: 11.06.2013</i>
14	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitäts- und Risikomanagement-Dokumentation nach DIN EN ISO 9001, ISO 31000Expertenstandards Sturz, Dekubitus, Ernährung, Entlassung, Inkontinenz Letzte Aktualisierung: 01.01.2013</i>

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input type="checkbox"/>	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Letzte Aktualisierung: 13.02.2018</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: halbjährlich</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Arzneimittelsicherheit - Verblisterung der Medikation und Einführung einer Verordnungs-Software. Einmal jährlich Durchführung eines Risiko-Audits.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja
--	----

Genutzte Systeme:

BEZEICHNUNG	
1	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	CIRS NRW (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	2 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	7
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	12

¹⁾ 2 Krankenhaushygieniker für den VKKD.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Karl-Heinz Schultheis, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 593
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	Karl-Heinz.Schultheis@vkkd-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja

	OPTION	AUSWAHL
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhäube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja

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

Auswahl: Ja

Die standardisierte 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:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja

	OPTION	AUSWAHL
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	29
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	98

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

Es erfolgt ein generelles Aufnahmescreening.

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>Im Rahmen der jährlichen Audits und Validierung der Geräte</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>Monatlich für neue Mitarbeiter, mehrmals jährlich und bei Bedarf. Ergänzt durch E-Learning.</i>
3	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>VARIA-KISSCDAD-KISSOP-KISSITS-KISSMRSA-KISS</i>
4	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE-Netzwerk Düsseldorf</i>
5	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Bronze</i>

Zu 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"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	OP-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>Auf allen Stationen hängen Briefkästen, dort können anonyme Beschwerden eingeworfen werden.</i>	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
9	Patientenbefragungen	Ja
	<i>Patientenbefragungen werden kontinuierlich durchgeführt, ausgewertet und im Rahmen von CIRS den Experten zur Bewertung vorgelegt.</i>	
10	Einweiserbefragungen	Nein

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Herrn Michael Radde, Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragter
Telefon:	0211 958 2261
Fax:	0211 958 2704
E-Mail:	radde@vkkd-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Frau Claudia Gründer, Patientenfürsprecherin
Telefon:	0211 9043 0
Fax:	
E-Mail:	info@augusta-duesseldorf.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission
-------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Herrn Dr. rer. nat. Gery Schmitz, Apothekenleitung
Telefon:	0211 4400 7201
Fax:	0211 4400 7219
E-Mail:	gery.schmitz@vkkd-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	12
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	10
Erläuterungen:	Insgesamt in der zentralen Apotheke für die Häuser der KMR, Marien Hospital und Mauritius Therapieklinik tätig.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: 5.1.5 Augusta-Krankenhaus VA-Arzneimittelanamnese-siehe Freitext2 - Letzte Aktualisierung: 01.11.2018</i>
4	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
5	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)
6	SOP zur guten Verordnungspraxis
7	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
8	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
9	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu 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
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: -siehe Freitext2 -

Zu 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"/>	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: -siehe Freitext2 -

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input checked="" type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
<input checked="" type="checkbox"/>	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
<input checked="" type="checkbox"/>	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: -siehe Freitext2 -

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder 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
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: -siehe Freitext2 -

Auswahlliste "Arzneimitteltherapiesicherheit" (A-12.5.4)

Verfasser: Herr Dr. G. Schmitz, Ltg. Apotheke

AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen:

- Wöchentl. Teamsitzung Apotheke bzw. Zentrallager,
- Teamsitzung Apotheker bei Bedarf,
- Regelmäßige innerbetriebliche Fortbildungen durch interne bzw. externe Referenten (ca. 1x monatl.)

AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für

Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel für Kinder

- Patientenbroschüren vorhanden z.B. Parkinson, Schlaganfallprävention, Vorhofflimmern Venenthrombose und Lungenembolie Ernährung etc. Antikoagulationspässe

AS03 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel Anamnese

- Standardisierte Bögen zur Arzneimittelanamnese Verfahrensanweisung (Stand 11/2018):
- 5.1.5 Augusta-Krankenhaus

AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

- Elektronische Verordnungssoftware "Meona" Erfassung der Hausmedikation durch Apotheker; elektronisches Einlesen der Hausarztmedikation in Verordnungssoftware

AS05 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe - Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)

- Neuaufnahmen / Arzneimittelanamnese in den verschiedenen Häusern 5.1.3 Marien Krankenhaus
- 5.1.5 Augusta-Krankenhaus
- 5.1.8 Arzneimittelinformation
- 5.1.9 Beratung von Ärzten / Pflegepersonal zu Arzneimitteln
- 5.1.10 Beratung von Ärzten / Pflegepersonal zu Medizinprodukten
- 5.1.11 Beratung: Enterale / Parenterale Ernährung
- 5.4.1 - 5.4.4 Abgabe dokumentationspflichtiger Arzneimittel
- 5.4.5- 5.4.10 Belieferung der Stationen mit Arzneimitteln, Medizinprodukten,
- Sonderanforderungen, Notdepots
- Stand 11/2018

AS06 SOP zur guten Verordnungspraxis

- 5.1.7 Neuaufnahmen Marienhospital
- 5.5.3 Versorgung entlassener Patienten mit Unit-Dose
- 5.5.8 Patientenorientierte Arzneimittelversorgung VKKD
- Stand 11/2018

AS07 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

- Elektronische Verordnung in Verordnungssoftware "Meona" mittels Eingabe von Wirkstoff- bzw. Präparatenamen,
 - Voreinstellungen bei Dosierung und Applikationszeitpunkt,
 - Hinterlegung fachspezifischer Therapiestandards durch Apotheker
- AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)**
- Elektronische Arzneimittelinformationssysteme:
 - Roe Liste® Lauer-Taxe® Gelbe Liste®
 - Fachinfo-Service®
 - Verordnungssoftware "Meona"
 - Software Zytostatikaherstellung "Zenzy"
- AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln**
- Verfahrensleitungen:**
- 5.2.1. Zentrale Zytostatika Zubereitung
 - Kontinuierliches Monitoring
 - 5.2.3. Reinigung und Desinfektion Zentrale Zytostatika-Zubereitung
 - 5.2.6. Mikrobiologische Validierung und Revalidierung der aseptischen Herstellung / Personal
 - 5.2.7. Mikrobiologische Validierung und Revalidierung der aseptischen Herstellung / Umgebung
 - 5.2.8. Entsorgung Zytostatika
 - 5.2.2. Aseptische Herstellung und Prüfung applikationsfertiger Parenteralia mit CMR- Eigenschaften der Kategorie 1A oder 1B
 - 5.2.11. Herstellung und Prüfung applikationsfertiger Parenteralia ohne toxisches Potential
 - 5.2.10. Herstellung von nichtsterilen Rezeptur- und Defekturzneimitteln
 - 5.2.9. Wasser als Ausgangsstoff zur rezeptur- und defekturmäßigen Herstellung
 - 5.2.12. Reinigung Galenik
- AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln**
- Closed loop Medication Management durch die Zentralapotheke
 - Medikamentenanamnese durch Pharmazeuten
 - Medikationsdokumentation in elektronische Verordnungssoftware (Meona®)
 - Validierung der Verordnungen durch Pharmazeuten
 - Patientenbezogene Belieferung der Medikamente
 - Verblisterung, Unit-Dose Versorgung (täglich)
 - Elektronisches Bestellsystem für Arzneimittel und Medizinprodukte
 - Elektronische Anforderung von Zytostatika
- AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln**
- Dokumentation des Stellens und der Verabreichung in der Verordnungssoftware "Meona®" durch Pflegepersonal
- AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern**
- Closed loop Medication Management durch die Zentralapotheke (siehe auch AS10)
 - Validierung von Medikationseingaben und -änderungen in Verordnungssoftware durch Apotheker,
 - Prüfung auf mögliche Wechselwirkungen,
 - Dosierung bei Nieren- und Leberinsuffizienz,
 - Teilnahme an Visiten,
 - Ausbildung antibiotic stewardship,
 - Eingabe von CIRS Meldungen,
 - Meldung von Arzneimittelrisiken und Medizinprodukte-,
 - Chargendokumentation Blutprodukte
- AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung**
- Elektronische Übernahme der Entlassmedikation in den Entlassbrief
 - Aushändigung Medikationsplan
 - Mitgabe der Entlassmedikation zur Sicherstellung der Therapie (Unit-Dose)
 - Mitgabe Entlassrezept durch Station

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
2	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
3	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
4	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
5	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart? Ja

Stufen der Notfallversorgung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
<input type="checkbox"/>	Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
<input type="checkbox"/>	Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1:

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Kardiologie, Rhythmologie und konservative Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kardiologie, Rhythmologie und konservative Intensivmedizin
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf

URL: <http://www.augusta-duesseldorf.de>

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0300) Kardiologie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herrn Prof. Dr. med. Michael Klein, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 201
Fax:	0211 9043 209
E-Mail:	info@augusta-duesseldorf.de
Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40472 Düsseldorf
URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Defibrillatoreingriffe
2	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	Herzhose <i>Die Herzhose stellt ein neues Therapiekonzept für Patienten mit Gefäßerkrankungen dar. Ist ein Gefäß verstopft, wird das Gewebe nicht mehr ausreichend mit Blut versorgt. Die Herzhose ermöglicht die Bildung von biologischen Bypassen, die eine Versorgung des Gewebes mit Blut gewährleisten.</i>
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
5	Intensivmedizin
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>Bluthochdruckzentrum</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
8	Elektrophysiologie
9	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
10	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
11	Schrittmachereingriffe
12	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin <i>Zwei Schlaflabore mit Polysomnografie</i>
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
14	Kathethertherapie der koronaren Herzerkrankung, Wiedereröffnung von chronischen Gefäßverschlüssen (Ballon, Stent, Rotablator) <i>Das Augusta-Krankenhaus verfügt über drei nebeneinanderliegende Herzkatheterlabore. Weitere Informationen siehe Freitext 2!</i>

Das Augusta-Krankenhaus verfügt über drei nebeneinanderliegende Herzkatheterlabore in denen alle diagnostischen und therapeutischen Eingriffe am Herzen durchgeführt werden. Dies schließt insbesondere auch die Behandlung von Herzrhythmusstörungen mittels elektrophysiologischer Untersuchung und Ablation mit ein. Spezielle Untersuchungen umfassen den Verschluss eines offenen Foramen ovale oder eines Vorhofseptumdefektes und den Verschluss des linken Herzohres mittels LAA Okkluders. Ein Katheter wird über venöse oder arterielle Gefäße der Leiste, der Ellenbeuge oder über das Handgelenk eingeführt.

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

Vollstationäre Fallzahl:	4939
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	438
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	365
3	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	328
4	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	251
5	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	210
6	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	204
7	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	196
8	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	185
9	I48.3	Vorhofflattern, typisch	137
10	I20.0	Instabile Angina pectoris	136

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	130
12	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	126
13	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	125
14	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	122
15	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	95
16	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	95
17	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	94
18	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	81
19	R55	Synkope und Kollaps	78
20	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	73
21	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	64
22	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	64
23	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	59
24	I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	55
25	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	47
26	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	45
27	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	44
28	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	44
29	R07.2	Präkordiale Schmerzen	43
30	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	41

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	990
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	847
3	I50	Herzinsuffizienz	553
4	I20	Angina pectoris	467
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	405
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	194
7	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	165
8	I47	Paroxysmale Tachykardie	149

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	114
10	R07	Hals- und Brustschmerzen	102
11	R55	Synkope und Kollaps	78
12	I42	Kardiomyopathie	67

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	1708
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1638
3	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1111
4	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	983
5	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	774
6	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	773
7	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	772
8	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	642
9	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	600
10	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	487
11	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	435
12	8-83b.0b	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung	412
13	1-268.3	Kardiales Mapping: Rechter Ventrikel	365
14	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	340
15	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	324

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	8-835.8	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	312
17	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	307
18	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	293
19	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	269
20	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien	253
21	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	251
22	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	242
23	1-273.y	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: N.n.bez.	238
24	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	216
25	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	203
26	8-83b.c2	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Nahtsystem	186
27	1-274.3	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums	181
28	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	176
29	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	175
30	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	174

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	3046
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	2630
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1638
4	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1111
5	1-268	Kardiales Mapping	1023

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	983
7	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	837
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	649
9	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	627
10	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	619
11	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	518
12	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	435
13	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	435
14	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	345
15	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	242

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PULMONALE HYPERTONIE
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK14 - Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie (mit Ablauf 31. Mai 2019 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)
2	HERZKATHETERLABOR
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Das Brustschmerz-Zentrum am Augusta-Krankenhaus - die so genannte Chest Pain Unit (CPU) - ist von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) als zweite Einrichtung dieser Art in Düsseldorf unter mittlerweile 190 CPUs in Deutschland zertifiziert worden.</i>
3	KARDIOLOGISCHE PRIVATAMBULANZ MIT ANGESCHLOSSENEM HERZKATHETERLABOR.
	Privatambulanz
	<i>Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VO03)</i>
4	BRUSTSCHMERZAMBULANZ. DIE CPU IST EINE IN DIE NOTAUFNAHME INTEGRIERTE EINHEIT, IN DER PATIENTEN MIT UNKLAREM BRUSTSCHMERZ UNVERZÜGLICH UND RUND UM DIE UHR AUFGENOMMEN UND BEHANDELT WERDEN KÖNNEN.
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Das betrifft den Herzinfarkt ebenso wie lebensbedrohliche Erkrankungen der Hauptschlagader und Behandlung der akuten Lungenembolie. DGK zertifiziert.</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	53
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	36,57	36,57	0,00	0,00	36,57	135,1
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	17,77	17,77	0,00	0,00	17,77	277,9

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Kardiologie
2	Allgemeinmedizin
3	Anästhesiologie
4	Innere Medizin

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	58,79	57,30	1,49	0,00	58,79	84,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,22	0,00	0,22	0,00	0,22	22450,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,34	0,00	0,34	0,00	0,34	14526,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,72	3,72	0,00	0,00	3,72	1327,7
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,61	1,60	0,01	0,00	1,61	3067,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,38	2,38	0,00	0,00	2,38	2075,2

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Bachelor
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
5	Praxisanleitung

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric z. B. Zercur

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2] Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3790) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Torsten Heine, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 0
Fax:	0211 9043 349
E-Mail:	torsten.heine@vkkd-kliniken.de
Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40472 Düsseldorf
URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Transfusionsmedizin
2	Schmerztherapie
3	Intensivmedizin
4	Palliativmedizin

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	8,53	8,53	0,00	0,00	8,53	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,53	7,53	0,00	0,00	7,53	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Labordiagnostik - fachgebunden -

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,88	7,88	0,00	0,00	7,88	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[3] Klinik für Innere Medizin

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Christian Weik, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 401
Fax:	0211 9043 409
E-Mail:	info@vkkd-kliniken.de
Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40472 Düsseldorf
URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Endoskopie
2	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
4	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
6	Intensivmedizin
7	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
9	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

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

Vollstationäre Fallzahl:	2080
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29.6	Sonstige Gastritis	117
2	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	98
3	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	60
4	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	55
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	55
6	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	50
7	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	46

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	39
9	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	33
10	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	32
11	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	31
12	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	26
13	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	25
14	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	24
15	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	23
16	D12.5	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum	22
17	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	22
18	B37.81	Candida-Ösophagitis	22
19	K22.7	Barrett-Ösophagus	20
20	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	20
21	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	19
22	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	19
23	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	18
24	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	18
25	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	17
26	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	16
27	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	15
28	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	15
29	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	15
30	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	15

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29	Gastritis und Duodenitis	146
2	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	111
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	110

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	99
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	85
6	K57	Divertikulose des Darmes	80
7	K25	Ulcus ventriculi	64
8	I50	Herzinsuffizienz	57
9	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	55
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	55

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1617
2	3-054	Endosonographie des Duodenum	684
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	564
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	509
5	3-056	Endosonographie des Pankreas	345
6	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	296
7	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	181
8	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	181
9	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	154
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	139
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	129
12	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	111
13	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	91
14	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	87
15	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	87
16	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	87
17	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	84

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	83
19	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	80
20	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	70
21	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	67
22	5-482.01	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch	57
23	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	52
24	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	49
25	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	47
26	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	43
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	40
28	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	40
29	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	39
30	5-433.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	37

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1631
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	885
3	3-054	Endosonographie des Duodenums	684
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	637
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	445
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	433
7	3-056	Endosonographie des Pankreas	345
8	5-469	Andere Operationen am Darm	183
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	166
10	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	155
11	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	136

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	111

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI35 - Endoskopie
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	13,22	13,18	0,04	0,00	13,22	157,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,32	3,28	0,04	0,00	3,32	626,5

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	20,69	19,96	0,73	0,00	20,69	100,5
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,32	0,00	0,32	0,00	0,32	6500,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,21	0,00	0,21	0,00	0,21	9904,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,07	3,07	0,00	0,00	3,07	677,5
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,16	0,97	0,19	0,00	1,16	1793,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,12	0,12	0,00	0,00	0,12	17333,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienebeauftragte in der Pflege
2	Praxisanleitung

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric z. B. Zercur

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[4] Klinik für Gefäßchirurgie

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gefäßchirurgie
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1800) Gefäßchirurgie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Ralf Kolvenbach, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 301
Fax:	0211 9043 309
E-Mail:	info@augusta-duesseldorf.de
Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40472 Düsseldorf
URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
2	Chirurgische Intensivmedizin
3	Aortenaneurysmachirurgie
4	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	Spezialsprechstunde <i>Überweisungen von Chirurgen, Vertragsärzten mit der Zusatzweiterbildung Phlebologie, Internisten mit dem Schwerpunkt Angiologie</i>
6	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	1413
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	270
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	194
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	88
4	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	68
5	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	63
6	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	60
7	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	54
8	A46	Erysipel [Wundrose]	50

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	37
10	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	33
11	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	29
12	I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	26
13	I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie	18
14	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	17
15	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	14
16	I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration	14
17	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	12
18	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	12
19	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	12
20	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	11
21	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	11
22	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	10
23	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	10
24	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	8
25	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	8
26	I72.8	Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien	8
27	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	7
28	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	7
29	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	7
30	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	6

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	497
2	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	196
3	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	115

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	89
5	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	63
6	I83	Varizen der unteren Extremitäten	59
7	A46	Erysipel [Wundrose]	50
8	I26	Lungenembolie	32
9	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	32
10	I87	Sonstige Venenkrankheiten	23

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	189
2	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	186
3	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	114
4	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	109
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	105
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	101
7	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	84
8	5-38a.u0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Art des Endes der untersten Stent-Prothese: Aortale Stent-Prothese	67
9	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	65
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	64
11	5-38a.c0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, ohne Öffnung	61
12	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	60
13	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	60
14	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	56
15	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	53
16	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	52

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	5-395.70	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	48
18	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	44
19	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	41
20	8-840.0m	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis	41
21	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	40
22	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	40
23	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	39
24	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	39
25	5-38a.u2	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Art des Endes der untersten Stent-Prothese: Aortobiliakale Stent-Prothese	39
26	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	34
27	5-393.54	Anlegen eines anderen Shunt und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, unterhalb des Kniegelenkes	34
28	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	32
29	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	30
30	8-840.0s	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel	30

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	319
2	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	281
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	240
4	5-381	Endarteriektomie	231
5	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	207
6	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	189

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	181
8	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	180
9	5-393	Anlegen eines anderen Shunt und Bypasses an Blutgefäßen	177
10	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	117
11	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	114

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
3	GEFÄßCHIRURGISCHE AMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Nachstationäre Betreuung</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	4
2	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	< 4

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	11,58	11,58	0,00	0,00	11,58	122,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,68	5,68	0,00	0,00	5,68	248,8

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Gefäßchirurgie
2	Allgemeinchirurgie
3	Herzchirurgie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Phlebologie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	29,82	28,32	1,50	0,00	29,82	47,4
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,22	0,00	0,22	0,00	0,22	6422,7
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,35	0,00	0,35	0,00	0,35	4037,1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,86	1,86	0,00	0,00	1,86	759,7

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,09	1,06	0,03	0,00	1,09	1296,3
--	------	------	------	------	------	--------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Bachelor
5	Intensiv- und Anästhesiepflege

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
2	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5] Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und endokrine Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und endokrine Chirurgie
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1520) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Matthias Schauer, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 311
Fax:	0211 9043 319
E-Mail:	chirurgie-augusta@vkkd-kliniken.de
Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.augusta-duesseldorf.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Magen-Darm-Chirurgie <i>Alle Operationen auch in minimalinvasiver Technik</i>
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax <i>Lungenfunktionsstörungen Pleuraempyem bösartige Pleuraergüsse. Thymusresektion,</i>
3	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>Alle Operationen auch in minimalinvasiver Technik</i>
4	Endokrine Chirurgie <i>Gut- und bösartige Schilddrüsenerkrankungen (Schilddrüsenentfernung), primärer und sekundärer Hyperparathyreoidismus. (Nebenschilddrüsenerkrankung.)</i>
5	Lungenchirurgie <i>Chirurgie der Lungenerkrankungen (Metastasenchirurgie, Bronchialkarzinome) Lungenfunktionsstörungen. alle Eingriffe auch durch minimalinvasiven Zugangsweg möglich</i>
6	Operationen wegen Thoraxtrauma <i>Pneumothorax</i>
7	Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)</i>
8	Erkrankungen des lymphatischen Systems /Thymus). Erkrankungen der Nervenstränge.
9	Gallensteine, Tumoren des Magens- und der Speiseröhre. Krankheiten der Bauchspeicheldrüse. Leistenbrüche (Hernien) sowie Narben- und Nabelbrüche. <i>Operationen in konventioneller und minimalinvasiver Technik (Schlüsselloch-Chirurgie).</i>
10	Krankheitsbilder "Hormondrüsen" <i>Erkrankungen der Schild- und Nebenschilddrüse (Schilddrüsenknoten) Nebennierenerkrankungen. Tumoren und Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse.</i>
11	Spezielle Endokrinologie und Thoraxchirurgie
12	Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Viele viszeral- und thoraxchirurgische Operationen werden minimalinvasiv durchgeführt.</i>
13	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
14	Spezialsprechstunde
15	Chirurgische Intensivmedizin
16	Tumorchirurgie
17	Adipositaschirurgie
18	Dialysehuntchirurgie
19	Portimplantation
20	Mammachirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
21	Eingriffe am Perikard <i>z.B. bei Panzerherz</i>
22	Speiseröhrenchirurgie
23	Thorakoskopische Eingriffe
24	Mediastinoskopie
25	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
26	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
27	Amputationschirurgie
28	Fußchirurgie
29	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	685
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	80
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	40
3	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	32
4	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	25
5	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	20
6	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	16
7	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	16
8	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	15
9	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	15
10	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	15
11	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	13
12	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	13
13	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	12

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	12
15	C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	11
16	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	10
17	K81.0	Akute Cholezystitis	9
18	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	9
19	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	8
20	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	8
21	K40.31	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Rezidivhernie	8
22	C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura	8
23	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	8
24	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	7
25	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	7
26	K43.60	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	7
27	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	6
28	J93.0	Spontaner Spannungspneumothorax	6
29	K40.00	Doppelseitige Hernia inguinalis mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	6
30	J93.8	Sonstiger Pneumothorax	5

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E04	Sonstige nichttoxische Struma	96
2	K40	Hernia inguinalis	89
3	K80	Cholelithiasis	76
4	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	43
5	K43	Hernia ventralis	28
6	K35	Akute Appendizitis	27
7	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	23
8	J86	Pyothorax	20
9	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	17
10	K81	Cholezystitis	15
11	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	15

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	K57	Divertikulose des Darmes	14
13	J93	Pneumothorax	13

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	128
2	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	122
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	105
4	5-984	Mikrochirurgische Technik	98
5	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	81
6	5-340.0	Inzision von Brustwand und Pleura: Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch	64
7	5-349.6	Andere Operationen am Thorax: Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell	54
8	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	53
9	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	49
10	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	46
11	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	45
12	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	44
13	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	43
14	5-333.0	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, offen chirurgisch	41
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	39
16	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	38
17	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	36
18	5-345.6	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]: Durch Instillation	33

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	1-691.0	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie: Thorakoskopie	32
20	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	32
21	1-690.0	Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision und intraoperativ: Bronchoskopie	30
22	5-344.12	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, offen chirurgisch: Subtotal, parietal	30
23	8-176.2	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	29
24	5-062.5	Andere partielle Schilddrüsenresektion: Subtotale Resektion, einseitig mit Hemithyreoidektomie der Gegenseite	29
25	5-345.5	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]: Durch Poudrage, thorakoskopisch	26
26	5-340.b	Inzision von Brustwand und Pleura: Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, thorakoskopisch	25
27	8-914.01	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Brustwirbelsäule	23
28	5-932.12	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	23
29	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	21
30	5-333.1	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand: Pleurolyse, thorakoskopisch	20

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	147
2	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	142
3	5-511	Cholezystektomie	131
4	5-344	Pleurektomie	114
5	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	114
6	5-469	Andere Operationen am Darm	108
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	103
8	5-984	Mikrochirurgische Technik	98
9	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	86

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	5-345	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]	69
11	5-333	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand	61
12	5-349	Andere Operationen am Thorax	56
13	5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	55

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC11 - Lungenchirurgie

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
2	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
3	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	4,97	4,97	0,00	0,00	4,97	137,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,97	3,97	0,00	0,00	3,97	172,5

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Allgemeinchirurgie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	19,48	19,16	0,32	0,00	19,48	35,2
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,05	0,00	0,05	0,00	0,05	13700,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,09	0,00	0,09	0,00	0,09	7611,1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,32	0,32	0,00	0,00	0,32	2140,6
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,42	0,41	0,01	0,00	0,42	1631,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,42	2,42	0,00	0,00	2,42	283,1

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Notfallpflege
4	Praxisanleitung
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Intensiv- und Anästhesiepflege

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
2	Geriatric z. B. Zercur

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	278	100
2	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	74	100
3	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	21	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	146	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	34	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	32	100
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	185	101,62
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
9	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	43	100
10	Hüftendoprothesenve (HEP)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
11	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
12	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	112	98,21

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	101800
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0,26 % - 0,75 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 3,43 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,86 % - 0,89 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 13

Erwartete Ereignisse 29,04

Grundgesamtheit 281

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	101801	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 2,60 %	
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,12 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

3		Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	56,14 % - 56,85 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
4		Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	89,68 % - 95,63 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	93,37 % - 93,72 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	262
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	281
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
5	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation	
	Ergebnis-ID	2194
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0,24 % - 1,24 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	9,83
Grundgesamtheit	203

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
---------------------------------------	---

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
--	---------------

6	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID		2195
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		0 % - 1,52 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 6,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,82 % - 1,09 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		0
Grundgesamtheit		203

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

7 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,06 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

8	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
----------	--

Ergebnis-ID	52139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,55 % - 94,27 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	88,63 % - 89,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	327
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	356

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
9	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,06 % - 98,76 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,37 % - 95,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	1025
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	1045
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

10	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers	
	Ergebnis-ID	52311
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0,76 % - 4,1 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	1,56 % - 1,74 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	281
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich; Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
11	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
	Ergebnis-ID	54140
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,42 % - 100 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 90,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,5 % - 98,68 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>240</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>240</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>12</p>	<p>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>54141</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>TKez</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	97,68 % - 99,93 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,67 % - 96,93 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	239
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	240

13

Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 1,58 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	240

14

Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,59 % - 1,78 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

15

Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 4,87 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 2,30 %

Vertrauensbereich 0,11 % - 0,24 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 75

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

16

Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID 52307

Leistungsbereich Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,79 % - 100 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 95,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,09 % - 98,29 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>313</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>313</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>17</p>	<p>Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>121800</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,10 %
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,2 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	21

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 9,41 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 4,34 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,75 % - 1,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,35

Grundgesamtheit 21

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ➡ unverändert

19	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers	
	Ergebnis-ID	52315
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,64 % - 1,06 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

20	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID		131801
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		0,71 % - 1,7 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 2,76 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,83 % - 0,89 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		17
Erwartete Ereignisse		15,3
Grundgesamtheit		133

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,56 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,50 %
Vertrauensbereich	0,77 % - 1,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	146

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22 Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
Ergebnis-ID	131803
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	57,74 % - 59,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
23 Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen	
Ergebnis-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 89,56 % - 97,2 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 90,00$ %

Vertrauensbereich 96,91 % - 97,35 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 138

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 146

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

24

Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID 50055

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

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	79,79 % - 90,95 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	89,35 % - 90,15 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	126
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	146
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	⬇ verschlechtert
25	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	51186
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 4,98 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
Referenzbereich ≤ 4,71 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich 0,8 % - 1,12 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
Erwartete Ereignisse 0,75
Grundgesamtheit 146

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

26

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

Ergebnis-ID 52131
Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	87,86 % - 95,84 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	91,33 % - 91,94 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	155
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	167
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
27	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	95,58 % - 98,47 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,14 % - 96,41 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	484
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	497

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

28

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

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 2,81 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 3,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,78 % - 1,03 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>133</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>29</p>	<p>Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>141800</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 10,15 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,80 %
Vertrauensbereich	0,21 % - 0,44 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	34

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
---------------------------------------	---

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
--	----------------------------------

30

Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	52321
Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,69 % - 100 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 95,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,69 % - 98,87 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>289</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>289</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>31</p>	<p>Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>151800</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 10,72 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,90 %
Vertrauensbereich	1,26 % - 1,8 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	32

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
---------------------------------------	---

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
--	----------------------------------

32

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 8,52 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
Referenzbereich ≤ 3,37 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich 0,99 % - 1,32 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
Erwartete Ereignisse 0,4
Grundgesamtheit 32

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

33	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)	
	Ergebnis-ID	52324
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 12,87 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,37 % - 0,74 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	26
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

34	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	11704
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,14 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
35	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
36	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Eingriffs oder nach dem Eingriff an der Halsschlagader ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind
Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	2,3 % - 4,94 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	91,24 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,83 % - 98,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	40
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

38	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	51443
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	74,12 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,5 % - 99,36 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	11
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	11
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

39	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
	Ergebnis-ID	51445
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 9,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,41 % - 2,5 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	38
40	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	51448
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,89 % - 5,07 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

41

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Kerotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 14,87 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,51 % - 3,21 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	22
42	<p>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</p>	
	Ergebnis-ID	51860
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,77 % - 4,33 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
43	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	51865
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Vertrauensbereich

0,95 % - 1,27 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

44

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

51873

Leistungsbereich

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

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

45	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt	
Ergebnis-ID		52240
Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		—
Vertrauensbereich		—
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Sentinel Event
Vertrauensbereich		5,74 % - 14,41 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert

46	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	603
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	94,85 % - 99,83 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,9 % - 99,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	105
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	106
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

47	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	604
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	85,13 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,57 % - 99,8 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	22
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	22
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

48	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
	Ergebnis-ID	605
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umre</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,74 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,09 % - 1,49 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	99

49	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war	
	Ergebnis-ID	606
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,8 % - 4,56 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
50	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 20,00 %
	Vertrauensbereich	7,45 % - 8,27 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
51	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
	Ergebnis-ID	12874
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,04 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
--	--

52

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter_x005F_x000D_	
	Ergebnis-ID	52283
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 6,15 % (90. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,71 % - 2,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60683
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	10,15 % - 12,6 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
55	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60684
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,39 % - 14,43 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

56

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

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	1 % - 1,19 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
57	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60686
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 45,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	18,95 % - 20,25 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
--	--

58

Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 75,00 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	88,06 % - 88,69 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
59	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	52009
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0,16 % - 0,54 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 2,13 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,98 % - 1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 10

Erwartete Ereignisse 34,02

Grundgesamtheit 9153

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

60	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
Ergebnis-ID		52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 0,04 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	Sentinel Event	
Vertrauensbereich	0 % - 0,01 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	9153	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	

61	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)	
	Ergebnis-ID	521801
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

62	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
	Ergebnis-ID	52326
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,05 % - 0,19 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	9
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	9153

63	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	10271
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,83 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

64	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	191914
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umre</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
65	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54001
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	97,53 % - 97,67 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
66	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54002
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	93,46 % - 94,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
--	--

67

Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 15,00 %
	Vertrauensbereich	12,35 % - 12,89 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
68	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Ergebnis-ID	54004
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,8 % - 96,96 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
--	--

69

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

70	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Hüftgelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	54013	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	Sentinel Event	
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,06 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

71	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
	Ergebnis-ID	54015
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,07 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

72 **Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)**

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,59 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,4 % - 1,51 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
73	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 17,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,99 % - 6,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

74	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
	Ergebnis-ID	54018
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 11,06 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,29 % - 4,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

75	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	54019
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 7,45 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,26 % - 2,4 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

76	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID		54120
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,99 % - 1,07 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
77	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,8 % - 98,04 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	105
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	110

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
78	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,43 % - 97,97 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,59 % - 98,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	101
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	106

79	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	2007
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umre Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	96,92 % - 97,62 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
80	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	2009
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	90,16 % - 98,43 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,17 % - 95,35 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	96
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	100

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
---------------------------------------	---

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
--	---------------

81

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

Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>81,02 % - 95,14 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 90,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>94,11 % - 94,37 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>64</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>71</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>82</p>	<p>Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>2028</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	86,51 % - 97,37 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,94 % - 96,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	77
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	82

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
---------------------------------------	--

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
--	----------------------------------

83

Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	87,23 % - 97,93 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,51 % - 98,63 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	72
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	76
84	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)	
	Ergebnis-ID	231900
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	7,73 % - 20,24 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,76 % - 13,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	110

85	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	83,04 % - 94,64 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	93
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	103

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verschlechtert
86	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,47 % - 1,72 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	8,74
Grundgesamtheit	104

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

- Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

	DMP
1	Koronare Herzkrankheit (KHK)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Gesamtes Leistungsspektrum des Krankenhauses
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	QKK - Qualitätsindikatoren G-IQI - German Inpatient Quality Indicators Version Patient Safety Indicators der AHRQ QSR (Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routedaten)
Ergebnis:	Quartalsbericht Peer-Reviews
Messzeitraum:	Ganzjährig in Quartalsauswertungen
Datenerhebung:	Über § 21 KHEntG Datensatz
Rechenregeln:	siehe Indikatorenset Prof. Stausberg
Referenzbereiche:	Einrichtungsspezifische Erwartungswerte im Vergleich mit Gesamtreferenzwert.
Vergleichswerte:	Derzeit ca. 50 kirchliche Krankenhäuser bundesweit.
Quellenangabe:	Wissenschaftliche Evaluation und Begleitung durch Prof. Stausberg (LMU). Publikationen unter www.qkk-online.de erhältlich.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	51
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	31
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	31

* 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 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	1-1
Schicht:	Tagschicht

Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	1-1
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	2-3
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	2-3
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	91,67
Ausnahmetatbestände:	1
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	E2
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	E2
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	83,33
Ausnahmetatbestände:	2
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	E3
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie

Station:	E3
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG