

# Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V  
für das Berichtsjahr 2016



# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	2
A-0 Fachabteilungen .....	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	9
A-10 Gesamtfallzahlen .....	10
A-11 Personal des Krankenhauses .....	10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	11
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	21
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	21
B-[1] Klinik für Kardiologie .....	22
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	22
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	22
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	22
B-[1].1.3 Weitere Zugänge .....	22
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	22
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	23

B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	23
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	23
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	24
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	25
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	26
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	28
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	28
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	29
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	29
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	29
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	29
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	30
B-[2]	Allgemeine Chirurgie .....	31
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	31
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	31
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	31
B-[2].1.3	Weitere Zugänge .....	31
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	31
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	32
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	32
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	32
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	33
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	33
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	35
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	36
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	37
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	37

B-[2].11 Personelle Ausstattung .....	38
B-[2].11.1Ärzte und Ärztinnen .....	38
B-[2].11.2Pflegepersonal .....	38
B-[3] Klinik für Anästhesie .....	39
B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	39
B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	39
B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	40
B-[3].1.3 Weitere Zugänge .....	40
B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	40
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	40
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	40
B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	40
B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	41
B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	41
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	41
B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	41
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	41
B-[3].11 Personelle Ausstattung .....	41
B-[3].11.1Ärzte und Ärztinnen .....	41
B-[3].11.2Pflegepersonal .....	42
B-[4] Klinik für Innere Medizin .....	42
B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	42
B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	43
B-[4].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	43
B-[4].1.3 Weitere Zugänge .....	43
B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	43
B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	43

B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	43
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	44
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	45
B-[4].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	45
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	47
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	48
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	49
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	49
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	49
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	49
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	49
B-[4].11.2	Pflegepersonal .....	50
B-[5]	Klinik für Gefäßchirurgie .....	51
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	51
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	51
B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	51
B-[5].1.3	Weitere Zugänge .....	51
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	52
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	52
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	52
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	52
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	53
B-[5].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	54
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	55
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	57
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	58
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	58

B-[5].11	Personelle Ausstattung .....	58
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	59
B-[5].11.2	Pflegepersonal .....	59
B-[6]	Klinik für Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie .....	60
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	60
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	60
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	60
B-[6].1.3	Weitere Zugänge .....	61
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	61
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	61
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	61
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	61
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	62
B-[6].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	63
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	64
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	66
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	66
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	67
B-[6].11	Personelle Ausstattung .....	67
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	67
B-[6].11.2	Pflegepersonal .....	67
C	Qualitätssicherung .....	68
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	68
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	120
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	120
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	121

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	121
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.121 2 SGB V .....	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 121 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	

## 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 medizin-wissenschaftlichen Standards durchgeführt. Dazu zählen die Gefäß- und Bauchchirurgie sowie Aneurysma-Operationen der Bauchaorta und anderer großer Gefäße mit minimalinvasiven Operationsverfahren, Stentimplantationen sowie Kombinationseingriffen. Weiterhin werden an drei hochmodernen Linksherzkatheter-Messplätzen kardiologische Patienten mit Herzrhythmusstörungen oder 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 von Schilddrüsenerkrankungen 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 Typ 2

Besondere Auszeichnungen:

- Zertifizierte "Chest Pain Unit" der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) - Herz- und Kreislaufforschung e.V.
- Das Augusta-Krankenhaus ist Träger des Bronze-Zertifikats der "Aktion Saubere Hände"
- Das Qualitätsmanagement ist seit vielen Jahren nach der DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert

Im Jahr 2016 wurden in den fünf Fachabteilungen und zwei Zentren 29.665 Patienten ambulant und stationär behandelt. Alle geplant aufzunehmenden Patienten werden auf multiresistente Erreger getestet. Das Augusta-Krankenhaus ist Mitglied im "Aktionsbündnis Patientensicherheit" und aktiver Teilnehmer im MRE-Netzwerk Düsseldorf.

Die Patienten bewerteten das Augusta-Krankenhaus 2016 (Vergleich zu 2015) in Befragungen:

- Gleichbleibend gute ärztliche (92,5 % ) und pflegerische (91,5 %) Versorgung und Betreuung
- Verbesserung in Organisation und Abläufen (von 84,8 % auf 87,7 %)
- Verbesserung im Servicebereich (von 71,7 % auf 79,4 %)

90,2 % Prozent der Patienten würden das Augusta-Krankenhaus weiterempfehlen. Im Vergleich zum Vorjahr konnte dieser Wert um zwei Prozentpunkte erhöht werden.



## Einleitung

### Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Herr Christian Kemper, Geschäftsführer
Telefon:	0211 9043 100
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	christian.kemper@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 Homepage des Krankenhauses:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

### Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">www.augusta-duesseldorf.de</a>	Umfassende Informationen halten wir für Sie auf unserer Internetseite bereit.

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0300	Klinik für Kardiologie
2	Hauptabteilung	1500	Allgemeine Chirurgie
3	Nicht-Bettenführend	3790	Klinik für Anästhesie
4	Hauptabteilung	0100	Klinik für Innere Medizin
5	Hauptabteilung	1800	Klinik für Gefäßchirurgie
6	Hauptabteilung	1520	Klinik für Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

### 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:	01
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

#### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Augusta-Krankenhaus
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer:	1
E-Mail:	
Standort-URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 592
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Christian Kemper, Geschäftsführer
Telefon:	0211 9043 100
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	christian.kemper@vkkd-kliniken.de

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

### Leitung des Standorts:

Standort:	Augusta-Krankenhaus
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 592
Fax:	0211 9043
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

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 Christian Kemper, Geschäftsführer
Telefon:	0211 9043 100
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	christian.kemper@vkkd-kliniken.de

### A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

### 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-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Nein

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

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Familiale Pflege</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>Der Sozialdienst berät Sie gern, wenn Sie entlassen werden sollen und die häusliche Versorgung ist nicht gesichert.</i>
4	Kinästhetik

## MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

*Die Lehre von der Bewegungsempfindung. Qualifizierte Therapeuten trainieren Sie mit individuell abgestimmten Maßnahmen.*

5	Sozialdienst
	<i>Die jeweilige Stationsleitung oder Pforte (09) stellt gerne den Kontakt zum Sozialdienst für Sie her.</i>
6	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
	<i>Verein für Gesundheitssport und Sporttherapie (VGS) (<a href="http://www.vgs.de">www.vgs.de</a>), 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 unter <a href="http://www.vkdd-kliniken.de/aktuellestermine/publikums_veranstaltungen/">www.vkdd-kliniken.de/aktuellestermine/publikums_veranstaltungen/</a></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.</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>

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

### LEISTUNGSANGEBOT

1	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
	<i>Während Ihres Aufenthaltes benötigen Sie keine größeren Bargeldsummen. Wir bitten Sie, nichts in dem Schrank neben Ihrem Bett aufzubewahren (Nachtschränkchen!)</i>
2	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 2,5 €</i>
	<i>Ihren Laptop können Sie innerhalb des Augusta Krankenhauses benutzen. Wir bitten Sie, auf andere Patienten Rücksicht zu nehmen.</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
3	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
4	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Der Fernseher auf den Zimmern steht Ihnen kostenlos zur Verfügung. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Pflegepersonal.</i>
5	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
6	Zwei-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
7	Ein-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
8	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Die Aufnahme der Begleitperson ist grundsätzlich möglich.</i> <a href="http://www.augusta-duesseldorf.de/patientenangehoerige/a_bis_z/?type=0&amp;uid=2&amp;cHash=d677bb6df5">http://www.augusta-duesseldorf.de/patientenangehoerige/a_bis_z/?type=0&amp;uid=2&amp;cHash=d677bb6df5</a>
9	Seelsorge <i>Die Krankenhauseselsorge hat Zeit für Sie und Ihre Angehörigen. Zeit für Besuche, Gespräche, Zuhören, Begleiten, Beten oder für gottesdienstliche Feiern. Zum Empfang der heiligen Kommunion oder Krankensalbung oder zur Feier des Abendmahles.</i> <a href="http://www.augusta-duesseldorf.de/servicedienste/krankenhauseselsorge/">http://www.augusta-duesseldorf.de/servicedienste/krankenhauseselsorge/</a>
10	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Bitte informieren Sie sich in der Tagespresse oder auf unserer Internetseite.</i> <a href="http://www.augusta-duesseldorf.de/aktuellestermine/publikumsveranstaltungen/">http://www.augusta-duesseldorf.de/aktuellestermine/publikumsveranstaltungen/</a>
11	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: z. B. ausgewählte Kost für Moslems</i> <i>Wenn Ihnen eine spezielle Diät verordnet wurde, helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen gerne bei der Aufstellung Ihres individuellen Speiseplans.</i> <a href="http://www.augusta-duesseldorf.de/servicedienste/allg_verwaltungswirtschaft_und_versorgung/">http://www.augusta-duesseldorf.de/servicedienste/allg_verwaltungswirtschaft_und_versorgung/</a>
12	Hotelleistungen <i>Eine Unterbringung ist grundsätzlich möglich. Eine vorherige Anmeldung ist unbedingt erforderlich.</i> <a href="http://www.augusta-duesseldorf.de/servicedienste/allg_verwaltungswirtschaft_und_versorgung/">http://www.augusta-duesseldorf.de/servicedienste/allg_verwaltungswirtschaft_und_versorgung/</a>
13	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> <a href="http://www.augusta-duesseldorf.de/patientenangehoerige/a_bis_z/?type=0&amp;uid=4&amp;cHash=afaa618cae">http://www.augusta-duesseldorf.de/patientenangehoerige/a_bis_z/?type=0&amp;uid=4&amp;cHash=afaa618cae</a>
14	Andachtsraum

## LEISTUNGSANGEBOT

*Kapelle St. Josef befindet sich im 3. Stock*

<http://www.augusta-duesseldorf.de/servicedienste/krankenhausseelsorge/>

15	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	<i>Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 13 €</i>
	<i>Einfahrt Parkhaus Tevernstr. Für stationäre Patienten gelten abweichende Gebühren. Personen mit anerkannten Gehbehinderungen parken kostenlos.</i>
16	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
	<i>Gemeinschafts- und Aufenthaltsräume sind vorhanden. Fragen Sie bitte das Pflegepersonal.</i>
17	Telefon am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 1 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,12 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

1	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
	<i>Die Aufzüge haben alle eine Sprachansage.</i>
2	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
	<i>Die große und farblich hervorgehobene Beschriftung wird Ihnen helfen die einzelnen Bereiche zu finden.</i>
3	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
	<i>Sie können alle Aufzüge vom Rollstuhl aus bedienen.</i>
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten 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	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
	<i>Vorhanden.</i>
7	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
	<i>Vorhanden.</i>
8	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
	<i>Vorhanden.</i>
9	Arbeit mit Piktogrammen
	<i>Selbsterklärende Piktogramme informieren Sie im ganzen Haus.</i>
10	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter

## ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

*Werden bei Bedarf eingesetzt.*

11	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
	<i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
12	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
	<i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
13	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
	<i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
14	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
	<i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
15	Diätetische Angebote
	<i>Falls Ihnen eine besondere Diät verordnet wurde, unterstützen Sie unsere Diätassistentinnen bei der Auswahl der Speisen.</i>
16	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	<i>türkisch, arabisch, russisch.</i>
17	Besondere personelle Unterstützung
	<i>Die "Rosa Damen" der Krankenhaushilfe stehen Ihnen gerne während Ihres Aufenthaltes zur Seite.</i>

## 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)

### 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 im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 163

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	8999
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	9290

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	70,56	70,42	0,14	0,00	70,56
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	40,70	40,70	0,00	0,00	40,70
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	2,89	2,89	0,00	0,00	2,89
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	2,89	2,89	0,00	0,00	2,89

**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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	136,82 2,01	136,09 2,01	0,73 0,00	0,00 0,00	136,82 2,01
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	7,11 0,00	7,11 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	7,11 0,00
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,41 0,68	4,41 0,68	0,00 0,00	0,00 0,00	4,41 0,68

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,80 0,00	1,80 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,80 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,00 0,00	3,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	3,00 0,00

**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.
Diätassistent und Diätassistentin	1,18	1,18	0,00	0,00	1,18
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch- technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	4,59	4,59	0,00	0,00	4,59
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,68	2,68	0,00	0,00	2,68
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	0,73	0,73	0,00	0,00	0,73

**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:	eigenständige Position für Risikomanagement
--	---

### 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	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Unit-Dose-Versorgung VKKD Letzte Aktualisierung: 13.04.2017</i>
3	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
4	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>
5	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Umgang mit defekten Geräten. Letzte Aktualisierung: 30.10.2012</i>
6	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Notfallmanagement-Hausinterne med. Notfälle-Herzalarm Letzte Aktualisierung: 27.06.2016</i>
7	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
8	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>
9	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
10	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB-patientenbezogener OP-Ablauf Letzte Aktualisierung: 27.06.2016</i>
11	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-Schmerzmanagement in der Pflege Letzte Aktualisierung: 17.09.2012</i>
12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	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>
14	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Fixation - Fixierung Letzte Aktualisierung: 11.06.2013</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
15	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 31000 Expertenstandards 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 einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

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

#### Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 16.09.2011</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:	Patientensicherheit: Team-Time-Out

### 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)

#### 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
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	9

<sup>1)</sup> 1 Krankenhaustygieniker für 3 Häuser (KMR) mit einem Stellenanteil von 0,5 VK für das Augusta Krankenhaus.

#### A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission: halbjährlich

## Kontakt Daten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 2592
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

#### 1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:  Ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

#### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

## Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl:  Ja

### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl:  Ja



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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

**Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:**

Auswahl:  Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere:**

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben:  Ja

**Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):**

... auf allen Intensivstationen:	92
... auf allen Allgemeinstationen:	31

## 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
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedelung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	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</i>
3	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>VARIA-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 type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input 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-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

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Klinik für Kardiologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kardiologie
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

#### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0300) Kardiologie

#### B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Herrn Prof. Dr. med. Michael Klein, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 201
Fax:	0211 9043 209
E-Mail:	<a href="mailto:info@augusta-duesseldorf.de">info@augusta-duesseldorf.de</a>

#### B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40472 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

## 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 nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung 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)
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

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

Vollstationäre Fallzahl: 4880

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	541
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	363
3	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	275
4	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	259
5	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	185
6	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	184

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	179
8	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	172
9	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	165
10	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	143
11	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	138
12	I20.0	Instabile Angina pectoris	129
13	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	126
14	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	114
15	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	103
16	I48.3	Vorhofflattern, typisch	101
17	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	88
18	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	80
19	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	77
20	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	72
21	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	70
22	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	69
23	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	64
24	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiofibrillators	60
25	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	49
26	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	43
27	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	42
28	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	41
29	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	39
30	I25.14	Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes	39

### B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	1259
2	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	719

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	I50	Herzschwäche	437
4	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	408
5	I21	Akuter Herzinfarkt	350
6	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	347
7	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	177
8	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	154
9	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	109
10	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	85

### B-[1].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	1194
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	363
3	I50.1	Linksherzinsuffizienz	333
4	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	315
5	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	275
6	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	185
7	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	179
8	Z45.0	Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts	175
9	I20.0	Instabile Angina pectoris	129
10	I50.0	Rechtsherzinsuffizienz	103
11	I48.3	Vorhofflattern, typisch	101
12	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	88
13	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	80
14	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	77
15	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	72
16	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	70
17	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	69



	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
18	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	64
19	I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	55
20	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	49
21	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	42
22	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	41
23	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	39
24	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	37
25	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	35
26	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	32
27	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	31
28	I42.8	Sonstige Kardiomyopathien	28
29	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	26
30	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	25

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	2213
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1055
3	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	897
4	8-83b.03	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer	811
5	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	687
6	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	678
7	3-803.x	Native Magnetresonanztomographie des Herzens: Sonstige	612
8	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	588

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	459
10	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	398
11	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	378
12	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzung Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzung Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	319
13	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	314
14	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	289
15	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	286
16	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	273
17	1-268.3	Kardiales Mapping: Rechter Ventrikel	268
18	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien	261
19	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	236
20	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzung Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	233
21	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	221
22	8-933	Funkgesteuerte Überwachung des Herzens (Telemetrie)	220
23	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	216
24	1-273.y	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: N.n.bez.	212
25	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	192
26	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	180
27	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	177
28	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	173
29	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	162

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	1-273.2	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens	156

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	3163
2	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	2459
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	2351
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1055
5	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	897
6	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung - Kardiales Mapping	779
7	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	654
8	3-803	Kernspintomographie (MRT) des Herzens ohne Kontrastmittel	613
9	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	483
10	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	434

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

1	<b>PULMONALE HYPERTONIE</b>
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	LK14 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie
2	<b>HERZKATHETERLABOR</b>
	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	<b>KARDIOLOGISCHE PRIVATAMBULANZ MIT ANGESCHLOSSENEM HERZKATHETERLABOR.</b>
	Privatambulanz
	<i>Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VO03)</i>

4	BRUSTSCHMERZAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	<i>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. Das betrifft den Herzinfarkt ebenso wie lebensbedrohliche Erkrankungen der Hauptschlagader. DGK zertifiziert.</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	26
2	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder 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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	29,36	29,36	0,00	0,00	29,36	166,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	16,79	16,79	0,00	0,00	16,79	290,6

#### 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 SP Kardiologie

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
2	Innere Medizin und SP Pneumologie
3	Allgemeinmedizin

### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Sportmedizin

### B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	55,65	55,41	0,24	0,00	55,65	87,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,79	3,79	0,00	0,00	3,79	1287,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,07	2,07	0,00	0,00	2,07	2357,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	1626,7

**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 von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Operationsdienst

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

## B-[2] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

### B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Herrn Prof. Dr. med. Ralf Kolvenbach, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 301
Fax:	0211 9043 309
E-Mail:	<a href="mailto:info@augusta-duesseldorf.de">info@augusta-duesseldorf.de</a>

### B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40472 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

## 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 nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
2	Notfallmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	85
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	A46	Wundrose - Erysipel	14
2	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	8
3	I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	5
4	S06.0	Gehirnerschütterung	5
5	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	4
6	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	4
7	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	< 4
8	S00.0	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut	< 4
9	I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
10	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
11	I87.0	Postthrombotisches Syndrom	< 4
12	M70.2	Bursitis olecrani	< 4
13	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	< 4
14	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	< 4
16	S40.0	Prellung der Schulter und des Oberarmes	< 4
17	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	< 4
18	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	< 4
19	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	< 4
20	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess	< 4
21	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	< 4
22	S30.1	Prellung der Bauchdecke	< 4
23	I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	< 4
24	G45.2	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien	< 4
25	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	< 4
26	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
27	S70.1	Prellung des Oberschenkels	< 4
28	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
29	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
30	I74.4	Embolie und Thrombose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet	< 4

### B-[2].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	A46	Wundrose - Erysipel	14
2	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	14
3	S06	Verletzung des Schädelinneren	5
4	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	4
5	I83	Krampfadern der Beine	4
6	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	4
7	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	4
8	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	4
9	I87	Sonstige Venenkrankheit	4
10	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	< 4



## B-[2].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	A46	Wundrose - Erysipel	14
2	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	8
3	I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	5
4	S06.0	Gehirnerschütterung	5
5	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	4
6	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	4
7	S00.0	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut	< 4
8	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	< 4
9	I87.0	Postthrombotisches Syndrom	< 4
10	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	< 4
11	I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
12	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	< 4
13	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	< 4
14	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	< 4
15	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	< 4
16	I87.8	Sonstige näher bezeichnete Venenkrankheiten	< 4
17	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	< 4
18	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess	< 4
19	M70.2	Bursitis olecrani	< 4
20	S70.1	Prellung des Oberschenkels	< 4
21	M62.2	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch)	< 4
22	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
23	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
24	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	< 4
25	S40.0	Prellung der Schulter und des Oberarmes	< 4
26	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
27	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	< 4
28	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	< 4
29	M47.1	Sonstige Spondylose mit Myelopathie	< 4
30	I50.1	Linksherzinsuffizienz	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	26
2	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	26
3	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	24
4	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	23
5	3-228	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	22
6	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	14
7	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	14
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	13
9	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	11
10	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten	11

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	7
12	8-836.0b	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Oberschenkel	7
13	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	7
14	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	7
15	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	6
16	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	6
17	5-394.4	Revision einer Blutgefäßoperation: Entfernung eines vaskulären Implantates	5
18	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	5
19	5-896.0g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Fuß	5
20	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	5
21	8-83b.c2	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Nahtsystem	5
22	5-865.4	Amputation und Exartikulation Fuß: Vorfußamputation nach Chopart	4
23	5-896.0c	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	4
24	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	4
25	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	4
26	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	4
27	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	4
28	8-987.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage	3
29	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	3
30	5-380.71	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	3

## B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	37
2	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	26
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	26
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	26
5	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	23
6	3-228	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	22
7	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	20
8	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	15
9	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	14
10	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	14

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	CHIRURGISCHE AMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	4
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
3	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	< 4

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	1,94	1,94	0,00	0,00	1,94	43,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	85,0

**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	Gefäßchirurgie

### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,01	5,98	0,03	0,00	6,01	14,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,24	0,24	0,00	0,00	0,24	354,2

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,26	0,26	0,00	0,00	0,26	326,9
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,73	1,73	0,00	0,00	1,73	49,1

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Bachelor

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement

## B-[3] Klinik für Anästhesie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesie
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

### B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Herrn Florian Neuhaus, kommissarischer Chefarzt
Telefon:	0211 9043 0
Fax:	0211 9043 349
E-Mail:	florian.neuhaus@vkkd-kliniken.de

### B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40472 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### 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 nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen
--	--------------------------------

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Transfusionsmedizin
2	Schmerztherapie
3	Intensivmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

### B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

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

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

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

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche  
Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,31	7,17	0,14	0,00	7,31	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,25	5,25	0,00	0,00	5,25	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-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
2	Transfusionsmedizin



### B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin

### B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,31	7,01	0,30	0,00	7,31	0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,07	0,07	0,00	0,00	0,07	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-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie

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

## B-[4] Klinik für Innere Medizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9

PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

### B-[4].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Christian Weik, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 401
Fax:	0211 9043 409
E-Mail:	info@vkkd-kliniken.de

### B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40472 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

## 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 nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen
--	--------------------------------

## B-[4].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

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

Vollstationäre Fallzahl:	2108
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	101
2	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	92
3	K29.6	Sonstige Gastritis	80
4	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	68
5	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	67
6	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	58
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	48
8	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	48
9	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	47
10	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	41
11	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	37
12	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	29
13	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	28
14	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	27
15	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	25
16	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	25
17	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	25
18	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	23
19	K59.0	Obstipation	23
20	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	22
21	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	21
22	E86	Flüssigkeitsmangel	19
23	B37.81	Candida-Ösophagitis	19
24	N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3	18
25	K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	17

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	17
27	D12.5	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum	17
28	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	16
29	K22.7	Barrett-Ösophagus	14
30	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	14

### B-[4].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	191
2	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	104
3	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	99
4	I50	Herzschwäche	97
5	K25	Magengeschwür	95
6	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	71
7	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	68
8	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	62
9	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Anus	61
10	K80	Gallensteinleiden	50

### B-[4].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	101
2	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess	98
3	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	92
4	K29.6	Sonstige Gastritis	80
5	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	68

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
6	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	67
7	I50.1	Linksherzinsuffizienz	60
8	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	48
9	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	48
10	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	47
11	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	44
12	I50.0	Rechtsherzinsuffizienz	37
13	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	35
14	N17.8	Sonstiges akutes Nierenversagen	32
15	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	30
16	K31.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums	29
17	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	27
18	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	25
19	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	25
20	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	23
21	K59.0	Obstipation	23
22	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	22
23	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	20
24	E86	Flüssigkeitsmangel	19
25	B37.8	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	19
26	D12.5	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum	17
27	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	17
28	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	16

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	16
30	A04.5	Enteritis durch Campylobacter	14

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1189
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	546
3	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	502
4	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	389
5	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	364
6	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	360
7	3-05x	Sonstiger Ultraschall mit Einführen des Ultraschallgerätes in den Körper	355
8	3-05d	Ultraschall der weiblichen Geschlechtsorgane mit Zugang über die Scheide	316
9	5-452.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	216
10	3-05c.1	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transurethral	216
11	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	209
12	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	203
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	130
14	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	81
15	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	77
16	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	76
17	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	63

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	62
19	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	62
20	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	54
21	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	53
22	5-482.01	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch	48
23	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	48
24	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	45
25	5-433.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	43
26	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	42
27	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	41
28	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	40
29	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	36
30	1-63a	Untersuchung des Dünndarms durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera	36

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1198
2	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	646
3	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	593
4	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	502
5	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	364
6	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	360

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	3-05x	Sonstiger Ultraschall mit Einführen des Ultraschallgerätes in den Körper	355
8	3-05d	Ultraschall der weiblichen Geschlechtsorgane mit Zugang über die Scheide	316
9	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	263
10	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	257

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	379
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	187
3	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	111

## 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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,87	12,87	0,00	0,00	12,87	163,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,66	4,66	0,00	0,00	4,66	452,4

### 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	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Gastroenterologie

### B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	21,15	21,10	0,05	0,00	21,15	99,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,88	0,88	0,00	0,00	0,88	2395,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,43	0,43	0,00	0,00	0,43	4902,3

### 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

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Ernährungsmanagement

## B-[5] Klinik für Gefäßchirurgie

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

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

### B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1800) Gefäßchirurgie

### B-[5].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Ralf Kolvenbach, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 301
Fax:	0211 9043 309
E-Mail:	info@augusta-duesseldorf.de

### B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40472 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### 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 nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung geschlossen

### B-[5].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	Spezialprechstunde
6	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	1435
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	209
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	204
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	108
4	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	92
5	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	89

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	79
7	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	66
8	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	56
9	A46	Wundrose - Erysipel	44
10	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	31
11	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	21
12	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	20
13	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	19
14	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	16
15	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	15
16	I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	15
17	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	14
18	I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie	13
19	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	13
20	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	11
21	I77.1	Arterienstriktur	10
22	L97	Geschwür am Unterschenkel	9
23	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	8
24	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	8
25	I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration	8
26	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	8
27	I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	7
28	I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	7
29	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	7
30	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	6

### B-[5].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	526
2	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	206
3	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	124
4	I83	Krampfadern der Beine	86
5	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	84
6	A46	Wundrose - Erysipel	44
7	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	43
8	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	37
9	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	32
10	I87	Sonstige Venenkrankheit	31

### B-[5].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	511
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	204
3	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	89
4	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	66
5	I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	57
6	A46	Wundrose - Erysipel	44
7	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	31
8	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	21
9	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	19
10	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	18

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	15
12	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	15
13	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	14
14	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	13
15	I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie	13
16	I71.0	Dissektion der Aorta	12
17	I87.0	Postthrombotisches Syndrom	12
18	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	11
19	I77.1	Arterienstriktur	10
20	L97	Geschwür am Unterschenkel	9
21	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	9
22	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	8
23	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	8
24	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	8
25	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	8
26	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	7
27	I82.8	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	7
28	I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	7
29	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	6
30	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	6

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	401
2	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	217
3	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	194
4	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	139
5	8-836.0b	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Oberschenkel	120
6	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	119
7	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	109
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	96
9	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	90
10	8-83b.c2	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Nahtsystem	79
11	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	74
12	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	70
13	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	60
14	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	59
15	5-38a.14	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Bifurkationsprothese, aortobiliakal ohne Fenestrierung oder Seitenarm	58
16	8-836.0c	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	57
17	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	57
18	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten	50
19	5-395.70	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	47

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-393.53	Anlegen eines anderen Shunt und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	44
21	5-395.02	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	42
22	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	42
23	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	41
24	5-380.02	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	40
25	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	40
26	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	39
27	5-385.0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lokale Sklerotherapie (durch Injektion)	36
28	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	35
29	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	31
30	8-840.09	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Gefäße abdominal und pelvin	31

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	401
2	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	296
3	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	267
4	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	265
5	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	234
6	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	227
7	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	206



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	194
9	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	173
10	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	153

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	414
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	32
3	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	29
4	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	27
5	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	15
6	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	11
7	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	< 4
8	3-606	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel	< 4
9	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	< 4
10	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

### B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,20	12,20	0,00	0,00	12,20	117,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,11	7,11	0,00	0,00	7,11	201,8

**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-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Gefäßchirurgie

### B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Phlebologie

### B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	28,93	28,82	0,11	0,00	28,93	49,6
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,20	1,20	0,00	0,00	1,20	1195,8

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,97	0,97	0,00	0,00	0,97	1479,4
--	------	------	------	------	------	--------

**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	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Entlassungsmanagement

## B-[6] Klinik für Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

### B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1520) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

## B-[6].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Karl-Heinz Schultheis, Leitender Arzt
Telefon:	0211 9043 311
Fax:	0211 9043 319
E-Mail:	vte-chirurgie@vkkd-kliniken.de

## B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Amalienstr. 9
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

## B-[6].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 nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung geschlossen

## B-[6].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>Chirurgie der Lungenerkrankungen (Metastasen Chirurgie, Bronchialkarzinome) Lungenfunktionsstörungen (Pneumothorax) Pleuraempyem 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>

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

Vollstationäre Fallzahl:	491
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	78
2	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	57
3	E04.0	Nichttoxische diffuse Struma	29
4	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	23
5	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	20
6	C73	Schilddrüsenkrebs	18
7	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	16
8	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	14
9	K81.1	Chronische Cholezystitis	10
10	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	8
11	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	8
12	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	7
13	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	7
14	K81.0	Akute Cholezystitis	6
15	C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura	6
16	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	6
17	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	6
18	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	6
19	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	6
20	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	5
21	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	5
22	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	5
23	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	5
24	E06.3	Autoimmunthyreoiditis	5
25	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	4
26	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess	4
27	K43.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	4
28	D34	Gutartiger Tumor der Schilddrüse	4
29	J94.2	Hämatothorax	4
30	J93.8	Sonstiger Pneumothorax	4

### B-[6].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	127
2	K40	Leistenbruch (Hernie)	68
3	K80	Gallensteinleiden	49
4	C73	Schilddrüsenkrebs	18
5	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	17
6	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	17
7	K81	Gallenblasenentzündung	16
8	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	16
9	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	14
10	K35	Akute Blinddarmentzündung	10

### B-[6].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	78
2	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	57
3	E04.0	Nichttoxische diffuse Struma	29
4	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	23
5	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	20
6	C73	Schilddrüsenkrebs	18
7	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	16
8	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	14
9	K81.1	Chronische Cholezystitis	10
10	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	8
11	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	8
12	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	7

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
13	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	7
14	C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura	6
15	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	6
16	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	6
17	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	6
18	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	6
19	K81.0	Akute Cholezystitis	6
20	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	5
21	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	5
22	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	5
23	E06.3	Autoimmunthyreoiditis	5
24	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	5
25	D34	Gutartiger Tumor der Schilddrüse	4
26	J94.2	Hämatothorax	4
27	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	4
28	D14.3	Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge	4
29	K43.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	4
30	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess	4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-069.4	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation	164
2	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	92

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	80
4	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	61
5	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	56
6	5-062.5	Andere partielle Schilddrüsenresektion: Subtotale Resektion, einseitig mit Hemithyreoidektomie der Gegenseite	54
7	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	53
8	5-340.0	Inzision von Brustwand und Pleura: Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch	47
9	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	46
10	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	41
11	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	39
12	5-069.30	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Replantation einer Nebenschilddrüse: Orthotop	33
13	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	30
14	8-914.01	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Brustwirbelsäule	28
15	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	27
16	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	26
17	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	24
18	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	23
19	1-691.0	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie: Thorakoskopie	19
20	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	15
21	5-066.0	Partielle Nebenschilddrüsenresektion: Exzision von erkranktem Gewebe	15
22	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	15



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	15
24	5-344.40	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	13
25	8-176.2	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	13
26	5-569.31	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intrapertoneale Verlagerung): Laparoskopisch	12
27	5-916.a4	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Endorektal	11
28	5-543.20	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Resektion des Omentum: Partiiell	10
29	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	10
30	5-344.10	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, offen chirurgisch: Lokal	10

#### B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	199
2	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	92
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	80
4	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	72
5	5-469	Sonstige Operation am Darm	69
6	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	68
7	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	61
8	5-062	Sonstige teilweise Entfernung der Schilddrüse	60
9	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	53
10	5-063	Operative Entfernung der Schilddrüse	51

## B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

## B-[6].11 Personelle Ausstattung

### B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,99	3,99	0,00	0,00	3,99	123,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	163,7

#### 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-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Viszeralchirurgie
2	Thoraxchirurgie
3	Orthopädie und Unfallchirurgie

### B-[6].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,76	15,76	0,00	0,00	15,76	31,2
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	491,0

**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-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

### B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

## 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)	202	100
2	Herzschrittmacherver: Aggregatwechsel (09/2)	83	100
3	Herzschrittmacherver: Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	32	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	154	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	46	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	30	100
7	Karotis-Revaskularisation (10/2)	195	100
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
9	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	42	100
10	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	124	101,6

## C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

### C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

#### 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	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1103</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 1,87 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,8
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	202
Grundgesamtheit	202
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

2 **Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51191</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,07
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

3	Dauer der Operation
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52128</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	69,31 %
Vertrauensbereich	62,64 % - 75,26 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	86,95
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	140
Erwartete Ereignisse	202
Grundgesamtheit	202

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
4	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,65 %
Vertrauensbereich	95,13 % - 97,7 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,5
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	749
Erwartete Ereignisse	775
Grundgesamtheit	775
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

5		Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
Kennzahl-ID	52311		
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>		
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>			
Ergebnis (Einheit)	—		
Vertrauensbereich	—		
<b>BUNDESERGEBNIS</b>			
Bundesdurchschnitt	1,32		
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)		
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %		
<b>FALLZAHL</b>			
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)		
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)		
Grundgesamtheit	(Datenschutz)		
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>			
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich		
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert		
6		Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140		
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>99,48 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>97,11 % - 99,91 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>96,9</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,77 % - 97,03 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>191</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>192</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>192</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>7</p>	<p><b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54143</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 1,96 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	0,84
	Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	192
	Grundgesamtheit	192
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>8</b>	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1096</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 4,42 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	0,12
	Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	83
	Grundgesamtheit	83
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>9</b>	<b>Dauer der Operation bis 45 Minuten</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>210</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	95,18 %
Vertrauensbereich	88,25 % - 98,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,62
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,28 % - 94,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	79
Erwartete Ereignisse	83
Grundgesamtheit	83
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
10 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51398</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 4,42 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,19
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,14 % - 0,27 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	83
Grundgesamtheit	83

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>11</b>	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52307</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,72 %
Vertrauensbereich	98,41 % - 99,95 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,03
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	352
Erwartete Ereignisse	353
Grundgesamtheit	353

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
12	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1089</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 10,72 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	32
Grundgesamtheit	32
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51404</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 11,42 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,31
	Referenzbereich	= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,14 % - 1,52 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,3
	Grundgesamtheit	32
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52315</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,98
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	19
	Grundgesamtheit	19
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
15	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50004</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>96,75 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>92,63 % - 98,61 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>94,42</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>94,15 % - 94,68 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>149</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>154</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>154</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p><b>16 Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>50005</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>98,7 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,39 % - 99,64 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>95,68</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,44 % - 95,91 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>152</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>154</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>154</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>17</p>	<p><b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>50017</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 2,43 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	0,63
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,55 % - 0,73 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	154
	Grundgesamtheit	154
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
18	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51186</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 5,22 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>1,05</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 5,80 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,91 % - 1,22 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,72</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>154</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>19</p>	<p><b>Dauer der Operation</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52129</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	82,61 %
	Vertrauensbereich	75,43 % - 88,03 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	88,49
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	88,11 % - 88,86 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	114
	Erwartete Ereignisse	138
	Grundgesamtheit	138
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
20	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalauschlages der Sonden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52316</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>98,39 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,86 % - 99,18 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>95,64</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,51 % - 95,77 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>489</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>497</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>497</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>21</p>	<p><b>Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52325</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 2,71 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	0,71
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,62 % - 0,82 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	138
Grundgesamtheit	138
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>22 Dauer der Operation bis 60 Minuten</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50025</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	89,13 %
Vertrauensbereich	76,96 % - 95,27 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	93,62
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	93,15 % - 94,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	46
Grundgesamtheit	46
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

23	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50030</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 7,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,18
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,12 % - 0,28 %



FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	46
Grundgesamtheit	46
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
24 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50031</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 7,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,21
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,14 % - 0,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	46
Grundgesamtheit	46
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

25	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52321</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> . Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	98,77 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98,24
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	98,13 % - 98,34 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	308
	Erwartete Ereignisse	308
	Grundgesamtheit	308
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

26		Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50041</b>	
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>	
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>			
	Ergebnis (Einheit)	0 %	
	Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>			
	Bundesdurchschnitt	0,96	
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)	
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,18 %	
<b>FALLZAHL</b>			
	Beobachtete Ereignisse	0	
	Erwartete Ereignisse	30	
	Grundgesamtheit	30	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>			
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	
27		Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51196</b>	
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 10,7 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,99</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,83 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,85 % - 1,15 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,32</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>30</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p><b>28 Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52001</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>3,43</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 6,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>3,26 % - 3,62 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>29</p>	<p><b>Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52002</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Ja</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,58</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,52 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,51 % - 0,66 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>30</p>	<p><b>Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52324</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Vertrauensbereich	0 % - 12,87 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	0,61	
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,45 % - 0,82 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	26	
Grundgesamtheit	26	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
<b>31</b>	<b>Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52328</b>	
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>3,43</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 8,58 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>3,25 % - 3,61 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>32</p>	<p><b>Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>11704</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>1,27</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,49 % - 3,17 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>1,05</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 3,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,97 % - 1,14 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>4</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>3,16</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>162</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>

33	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11724</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,1
	Referenzbereich	= 4,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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

**34 Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51437</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	87,13 % - 100 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	97,63
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,03 % - 98,11 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	26
Grundgesamtheit	26

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**35 Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51443</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	99,41
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,95 % - 99,67 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
36	<b>Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51865</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 10,96 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,89
Referenzbereich	= 4,24 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 1,04 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,31
Grundgesamtheit	31

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

37	Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51873</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 4,54 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,9
	Referenzbereich	= 2,89 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,79 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,75
	Grundgesamtheit	31

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>38</b>	<b>Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52240</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatoregebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,46
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,18 % - 9,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>39</b>	<b>Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	97,44 %
	Vertrauensbereich	92,73 % - 99,12 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	98,9
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,72 % - 99,06 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	114
	Erwartete Ereignisse	117
	Grundgesamtheit	117
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
40	<b>Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>604</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	97,62 %
	Vertrauensbereich	87,68 % - 99,58 %



BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,69
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,56 % - 99,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	42
Grundgesamtheit	42
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

41	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>10211</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	11,51
	Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	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.
<b>42</b>	<b>Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,33
Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
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.
<b>43</b>	<b>Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51418</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	0,38	
Referenzbereich	Sentinel-Event	
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>		
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.	
44	<b>Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51906</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
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.
---	--

45

#### Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51907</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>15,08</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>14,54 % - 15,64 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>
<p><b>46 Blasenkatheter länger als 24 Stunden</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52283</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	3,12
Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
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.

47	<b>Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren</b>
----	--

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52535</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	24,3
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
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.
<b>48</b>	<b>Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>612</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	91,03
Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
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.

49	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0,1
	Vertrauensbereich	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	40,17
	Grundgesamtheit	9038
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert



50 Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben	
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 0,04 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	0,01
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	9038
Grundgesamtheit	9038
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
51 Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	97,04 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	98,33
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	126
	Erwartete Ereignisse	126
	Grundgesamtheit	126
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
52	<b>Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	93,91 %
Vertrauensbereich	87,97 % - 97,02 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,74
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	108
Erwartete Ereignisse	115
Grundgesamtheit	115
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

53 **Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2012</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	78,47 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,3
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	14
Grundgesamtheit	14
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

54 **Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2013</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	89,55 %
Vertrauensbereich	79,97 % - 94,85 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	93,63
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	60
Erwartete Ereignisse	67
Grundgesamtheit	67
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtunginterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55 Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	99,03 %
Vertrauensbereich	94,7 % - 99,83 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	95,88
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	103
Grundgesamtheit	103
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
56 Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	97,52 %
	Vertrauensbereich	92,96 % - 99,15 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	96,32
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	118
	Erwartete Ereignisse	121
	Grundgesamtheit	121
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
57	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	Kennzahl-ID	50778
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ergebnisse/qs-verfahren/>.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0,57
Vertrauensbereich	0,3 % - 1,04 %

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	15,82
Grundgesamtheit	126

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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 KHEntgG 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 <a href="http://www.qkk-online.de">www.qkk-online.de</a> erhältlich.

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

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

	VEREINBARUNG BZW. RICHTLINIE
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma

## 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):	48
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	38
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	38



