



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

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

Berichtsjahr 2023

ISARKLINIKUM
MEHR ALS EINE KLINIK



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	2
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9 Anzahl der Betten	8
A-10 Gesamtfallzahlen	8
A-11 Personal des Krankenhauses	9
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	12
A-13 Besondere apparative Ausstattung	28
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	31
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	33
B-[1] Allgemeine Chirurgie	34
B-[2] Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	54
B-[3] Plastische Chirurgie	71
B-[4] Kardiologie	86
B-[5] Urologie	102
B-[6] Innere Medizin	118
B-[7] Anästhesie/ Intensivmedizin	135
C Qualitätssicherung	140
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	140
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	304



C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	314
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	315
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	316
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr		316



Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

das ISAR Klinikum verfolgt das Ziel, die bestmögliche medizinische Versorgung für alle Patienten sicherzustellen, unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat versichert sind. Dabei verbindet das ISAR Klinikum modernste Technologie und innovative Medizin mit individueller Betreuung und einem patientenorientierten Umfeld. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit hochqualifizierter Spezialisten aus verschiedenen Fachbereichen ermöglicht eine umfassende und effiziente Versorgung, die sowohl medizinisch als auch zeitlich optimal gestaltet ist.

Ein zentrales Element unserer Qualitätspolitik ist die Patientensicherheit. Durch strikte Hygienestandards wird die Übertragung von Krankheitskeimen verhindert, um die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitenden zu gewährleisten. Durch ein strenges Risikomanagement und die kontinuierliche Verbesserung der Medikations- und Notfallmanagementprozesse stellen wir sicher, dass mögliche Risiken minimiert werden. Um eine hohe Patientenzufriedenheit zu gewährleisten, setzen wir auf systematisches Patientenfeedback, das zur kontinuierlichen Optimierung unserer Leistungen genutzt wird.

Unser ISAR Klinikum zeichnet sich durch eine enge multidisziplinäre Zusammenarbeit und eine transparente Kommunikation zwischen Fachabteilungen, Patienten und Mitarbeitenden aus. Diese Kooperation stärkt nicht nur unsere internen Prozesse, sondern ermöglicht es uns auch, durch Partnerschaften mit externen Einrichtungen unser Leistungsspektrum zu erweitern.

Die technische Ausstattung des ISAR Klinikums, darunter modernste OP-Säle und innovative Geräte wie der Da Vinci-Operationsroboter, unterstreicht unseren Anspruch an höchste medizinische Standards. Zudem setzen wir auf Digitalisierung, wie die papierlose Patientenakte, um Arbeitsabläufe zu optimieren und die Versorgung zu verbessern.

Ein starkes Qualitätsmanagementsystem ist bei uns fest verankert und wird durch regelmäßige interne und externe Audits überprüft. Es dient als Grundlage für eine fortlaufende Verbesserung der klinischen Prozesse, stets im Einklang mit gesetzlichen und behördlichen Vorgaben. Die ISAR Kliniken GmbH, die Pettenkofer Klinik GmbH, die ISAR MVZ GmbH und die Isar Kliniken Physio GmbH sind erfolgreich nach der DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

Auch in den Bereichen Schutz vor Gewalt und Nachhaltigkeit übernehmen wir Verantwortung. Das ISAR Klinikum bietet mit einem umfassenden Schutzkonzept eine Gewährleistung der Sicherheit aller Patienten und Mitarbeitenden. Unser Engagement für Nachhaltigkeit verbindet ökologische, soziale und ökonomische Aspekte, um die Zukunftsfähigkeit des Klinikums zu sichern.

Dieser Qualitätsbericht zeigt unser stetiges Bestreben, medizinische Exzellenz mit Menschlichkeit zu verbinden und dabei höchsten Qualitätsansprüchen gerecht zu werden.

Andreas Arbogast
Geschäftsführer



Einleitung

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software 3M Qualitätsbericht in der Version 2024.2.2.0 erstellt.

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Rebecca Vorwald
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	info@isarklinikum.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Andreas Arbogast
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	Info@isarklinikum.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.isarklinikum.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	http://www.isarklinikum.de/ueber-uns/qualitaet/

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Isar Kliniken GmbH
PLZ	80331
Ort	München
Straße	Sonnenstraße
Hausnummer	24-26
IK-Nummer	260913721
Standort-Nummer	772416000



Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	089
Telefon	1499030
E-Mail	info@isarklinikum.de
Krankenhaus-URL	http://www.isarklinikum.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christoph Bernheim
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	info@isarklinikum.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Franz G. Bader
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	info@isarklinikum.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleitung, Prokurist
Titel, Vorname, Name	Markus Thiery
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	info@isarklinikum.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegebereichsleitung Stationen
Titel, Vorname, Name	Catharina Riedl
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	info@isarklinikum.de



A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	ISAR Klinik II AG
Träger-Art	privat

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

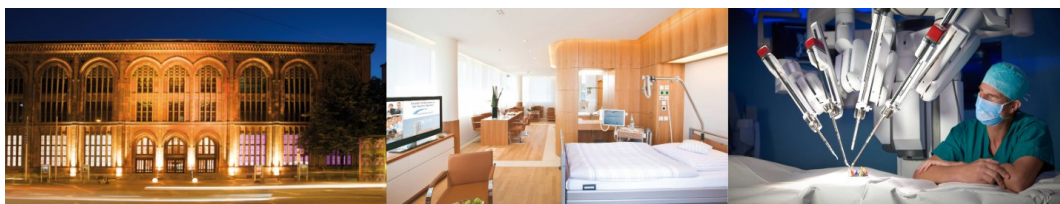
#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
2	MP45 - Stomatherapie/-beratung
3	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>in Kooperation</i>
4	MP37 - Schmerztherapie/-management <i>Standardisiertes Schmerzkonzept. Schmerztherapie bei Katheterverfahren/Patienten-kontrollierter Analgesie (PCA) mit täglicher Visite durch den Schmerzdienst (Anästhesisten und Pain Nurses). Schmerzkonsil nach Bedarf durch die Anästhesisten bei allen Patienten.</i>
5	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
6	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
7	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
8	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Patientenveranstaltungen zu verschiedenen medizinischen Themen</i>
9	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
10	MP53 - Aromapflege/-therapie
11	MP63 - Sozialdienst
12	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
13	MP51 - Wundmanagement <i>durch zertifizierte Wundmanager</i>
14	MP57 - Biofeedback-Therapie
15	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie



#	Med.pfleg. Leistungsangebot
16	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
17	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung <i>bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien, bei chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus und entzündlichen Darmerkrankungen, im Rahmen des ERAS-Programms nach Darmoperationen.</i>
18	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
19	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
20	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
21	MP06 - Basale Stimulation
22	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>über die hausinterne Physiotherapie und unser zertifiziertes Beckenbodenzentrum</i>
23	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
24	MP25 - Massage
25	MP21 - Kinästhetik
26	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
27	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Bereichspflege</i>
28	MP18 - Fußreflexzonenmassage
29	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Beratung zur Sturzprophylaxe, ERAS-Programm, Beratung zu Inkontinenz- und Stomaversorgung, Gangschule.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM02: Ein-Bett-Zimmer https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/
3	NM10: Zwei-Bett-Zimmer https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/



#	Leistungsangebot
4	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/
5	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>Cafeteria für Patienten, Tresor im Zimmer. Beschreibung der buchbaren Zusatzpakete unter https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/</i> https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/
6	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Informationen zur Unterbringung von Begleitpersonen im Zimmer unter https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/. Übernachtungsmöglichkeit für Patienten mit weitem Anreiseweg sowie Begleitpersonen im gegenüberliegenden Hotel mit Spezial-Rabatt.</i> https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/
7	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen https://www.isarklinikum.de/latest-news/
8	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
9	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>Patientenindividuelle Beratung; Kostformen: vegetarisch, vegan, ohne Schweinefleisch, glutenfrei, laktosefrei, purinarm, ballaststoffarm sowie Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten berücksichtigend</i> https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/
10	NM62: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung
11	NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet
12	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegebereichsleitung
Titel, Vorname, Name	Catharina Riedl
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	info@isarklinikum.de



A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
2	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
3	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
4	BF24 - Diätetische Angebote
5	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
6	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>personelle Unterstützung</i>
8	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
9	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
10	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
11	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
12	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>arabisch, bulgarisch, englisch, französisch, italienisch, kroatisch, polnisch, rumänisch, russisch, spanisch, türkisch, philippinisch</i>
13	BF25 - Dolmetscherdienst
14	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
15	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
16	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
17	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
18	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus <i>Englisch, Arabisch, Russisch</i>



#	Aspekte der Barrierefreiheit
19	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
20	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
21	BF39 - Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses
22	BF38 - Kommunikationshilfen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
2	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
3	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
5	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
6	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
7	FL09 - Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	192
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	10698
-------------------------	-------



Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	32135
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				123,84
Beschäftigungsverhältnis	Mit	123,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	15,03	Stationär	108,81

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				69,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	69,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	13,96	Stationär	55,41

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	36
--------	----

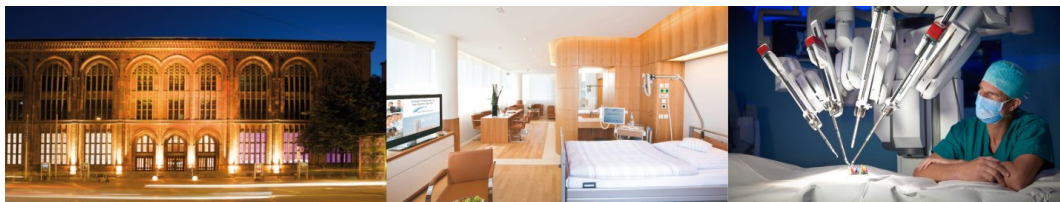
A-11.2 Pflegepersonal

Die Operationssäle, das Katheterlabor sowie die Endoskopie werden im ISAR Klinikum zum Großteil interdisziplinär genutzt, daher wurden die Vollkräfte aus diesem Bereich keiner Fachabteilung zugeordnet.

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

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

Gesamt				163,08
Beschäftigungsverhältnis	Mit	142,61	Ohne	20,47



Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	163,08
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				53,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	53,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	53,47

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

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				4,28
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,74	Ohne	0,54
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,28

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				6,77
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,77
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

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

Gesamt				18,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,6	Ohne	0



Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,6
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				18,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,6

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				37,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	35,07	Ohne	2
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37,07
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				31,42
Beschäftigungsverhältnis	Mit	31,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	31,42

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				10,9 ¹⁾
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	10,9
Versorgungsform	Ambulant	7,3	Stationär	3,6

1) in Kooperation



SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt				2 ¹⁾
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	2
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

1) in Kooperation

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				4,3
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,3

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				4 ¹⁾
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	4
Versorgungsform	Ambulant	4	Stationär	0

1) in Kooperation

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

Es existiert ein umfassendes Risikomanagementkonzept für die Patientensicherheit.

A-12.1 Qualitätsmanagement

Herausragende Qualität in der medizinischen Versorgung und Pflege hat im ISAR Klinikum höchsten Stellenwert. Sie ist der Maßstab, an dem sich unsere gesamte Einrichtung messen lässt. Durch ein umfassendes und konsistentes Qualitätsmanagement, das über die gesetzlichen Anforderungen hinausgeht, gewährleisten wir nachhaltige Spitzenleistung auf allen Ebenen.

Im Mittelpunkt stehen dabei die Anforderungen unserer interessierten Parteien, z.B. Patienten, Mitarbeitende, kooperierende Ärzte, sowie externer Kunden und Dienstleister.



Unser Interesse gilt der stetigen Weiterentwicklung zum Wohle unserer Patienten.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Rebecca Vorwald
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	info@isarklinikum.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	alle medizinischen und sonstigen Versorgungsbereiche
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Die Klinik hat ein Patientensicherheitskonzept entwickelt. Weitere Informationen stehen auf der Klinikwebsite unter <https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/patientensicherheit/>

Die Leitung für das Qualitätsmanagement hat eine Weiterbildung zum Klinischen Risikomanager nach ÖNORM ISO 31000:2018 und ÖNORM-Reihe D490x:2021 absolviert.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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



A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

<p>Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht</p>	<p>ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement</p>
---	---

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 21.11.2022</p>
2	<p>RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen</p>
3	<p>RM03: Mitarbeiterbefragungen</p>
4	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 21.11.2022</p>
5	<p>RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 21.01.2022</p>
6	<p>RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 11.11.2021</p>
7	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 24.10.2023</p>
8	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 19.04.2022</p>



Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
9	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 27.03.2023
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 01.09.2021
14	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 01.09.2021
15	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 27.12.2022
16	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 06.02.2023
17	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 22.03.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen



A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

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

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 01.03.2023
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: monatlich
3	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich

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	pharmakologische Kurvenvisite der stationären Medikation in Kooperation mit klinischer Pharmakologin, Arzneimitteltherapiesicherheit, Risikoanalyse Prozesse, Durchführung von Risikoaudits, Umsetzung der Expertenstandards Pflege, Externe Beratung, Präventive Maßnahmen und Risikoanalysetools, Schulungen und Arbeitsanweisungen

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	EF14: CIRS Health Care



Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Das von der KRINKO empfohlene MRSA-Screening wird in der Klinik konsequent umgesetzt und alle Patienten, die sich eines elektiven Eingriffes unterziehen sollen, werden erst nach erfolgreicher Sanierung stationär aufgenommen. Die Hygienefachkraft steht den betroffenen Patienten beratend tätig zur Verfügung, bzw. führt mit den Patienten ein Gespräch bezüglich der Sanierungsmaßnahmen und deren Umsetzung im Alltag. Alle Mittel, die für die MRSA-Sanierung notwendig sind, werden seitens der Klinik den Patienten kostenlos zur Verfügung gestellt.

Ebenso werden die Kontrollabstriche, die den Erfolg der durchgeführten Sanierung belegen, von der Klinik übernommen. Zusätzlich ist eine telefonische Beratung dieser Patienten oder deren Angehörigen möglich.

Für alle Patienten, die geplant postoperativ auf die Intensivstation aufgenommen werden, wird anhand der Risikokriterien ein MRGN-Screening durchgeführt. Die Risikokriterien wurden mit den Mitgliedern der Hygienekommissionssitzung in Absprache mit dem Gesundheitsamt München festgelegt. Eine bekannte MRGN-Besiedlung ermöglicht der Abteilung das sofortige Einleiten von zusätzlichen Hygienemaßnahmen, die über die Basishygiene hinausgehen, um mögliche Übertragungen zu verhindern. Zusätzlich werden jeden Montag alle Patienten, die auf der Intensivstation liegen, mittels Abstrich auf MRGN und MRSA gescreent.

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	in Kooperation

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	7



Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	8

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Vorsitzender
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christoph Bernheim
Telefon	089 149903 0
Fax	089 1499031 1990
E-Mail	info@isarklinikum.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Seit 2011 nimmt das ISAR Klinikum an der „Aktion Saubere Hände“ teil. Die „Aktion Saubere Hände“ ist eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen. Sie wurde 2008 unter anderem mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (dem Aktionsbündnis für Patientensicherheit und der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.) ins Leben gerufen.

Die erfolgreiche Kampagne wurde bis 2013 durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziert. Seit 2014 existiert ein Förderkreis aus einer Vielzahl unterschiedlichster Organisationen. Auch künftig möchte die „Aktion Saubere Hände“ zur Verbesserung der Patientensicherheit beitragen. Zur Gewährleistung dieses Zieles ist es erforderlich, alle an der Kampagne Beteiligten in die Finanzierung einzubinden.

Um die Besucher und Patienten für das Thema Händedesinfektion zu sensibilisieren, wurden an allen Eingängen zur Klinik und den Praxen Händedesinfektionsmittelspender installiert. Die Händedesinfektion kann



dadurch einfach und effizient von jedem Besucher und Patienten beim Betreten und Verlassen der Klinik durchgeführt werden. Flyer und Postkarten unterstützen das Anliegen der Klinik, die Wichtigkeit der Händedesinfektion zu betonen.

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

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

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

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

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

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



A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Das novellierte Infektionsschutzgesetz 2011 (IfSG) verpflichtet die Krankenhäuser zur Prävention nosokomialer Infektionen und regelt erstmals gemeinsam mit den Aufgaben der Krankenhaushygiene Anforderungen zum rationalen Einsatz von Antibiotika als integralen Bestandteil einer Strategie zur Verhütung von Entstehung und Ausbreitung resistenter Erreger und der Therapie von Infektionen. Nach IfSG 2011 § 23.4 ist sicherzustellen, dass „Daten des Antibiotika-Verbrauchs unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden, und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotika-Einsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden“.

Damit das ISAR Klinikum München den gesetzlichen Auftrag des IfSG erfüllt, wurde 2017 mit dem Aufbau eines „Antibiotic Stewardship – Teams“ (ABS – Team) begonnen und eine entsprechende Geschäftsordnung beschlossen. Sie regelt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen die Aufgaben, die personelle Zusammensetzung, die Zusammenarbeit mit der Hygiene- und Arzneimittelkommission und die Verfahrensabläufe für das ABS – Team. Fachliche Grundlagen dieser Geschäftsordnung sind neben dem Infektionsschutzgesetz und der Hygieneverordnung des Bundeslandes, die AWMF-S 3-Leitlinie Nr. 092/001 „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ vom 15.12.2013, in der alle Elemente eines ABS-Programms detailliert beschrieben sind.

Das ABS-Team des ISAR Klinikums setzt sich aus einem klinischen Mikrobiologen, einer Fachapothekerin und einem zum ABS-Experten ausgebildeten Arzt zusammen.

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

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



Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja

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

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

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



A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminstationen erhoben	Ja
---	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag)	15,4
--	------

Intensivstationen

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	154
--	-----

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja



Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat)
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich
4	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: LARE
5	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich

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

- HAND-KISS
- MRSA-KISS
- OP-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja



Lob- und Beschwerdemanagement

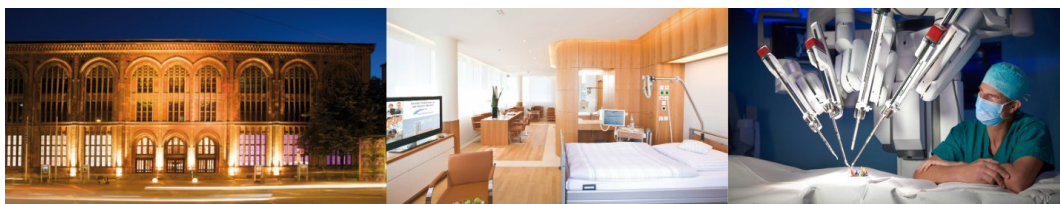
#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
2	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
3	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
5	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/lob-beschwerde/
8	Einweiserbefragungen	Nein
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Rebecca Vorwald
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	IhreMeinung@isarklinikum.de

Patientenführsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Allgemeinmedizin
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. univ. Felix Becker
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	patientenfuersprecher@isarklinikum.de



A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

Beim Prämedikationsgespräch wird die Eigenmedikation durch eine erfahrene pharmazeutisch-technische Assistentin auf die Hausmedikation angepasst. Die von der zuständigen Versorgungsapotheke im Haus tätige klinische Pharmazeutin führt regelhaft Medikationsanalysen durch. Medikamente werden durch das Pflegepersonal immer im Vier-Augen-Prinzip gestellt.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Apothekerin
Titel, Vorname, Name	Dr. Sonja Mayer
Telefon	08142 652740
E-Mail	Sonja.mayer@isarklinikum.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	1

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt.



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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 23.11.2023 Erläuterungen:
3	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 03.04.2023 Erläuterungen:
4	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
5	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
6	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 15.03.2022 Erläuterungen:
7	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
8	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
9	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
10	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern



Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
11	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
12	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: AMTS-Schulungen

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): Digitale Bestellung de Arzneimittel

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so



passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
---	----

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

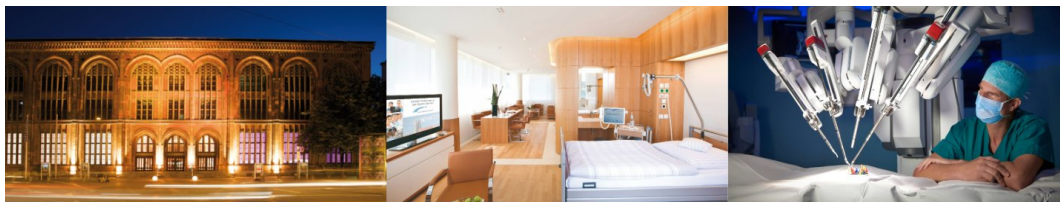
Auswahl	Ja
---------	----

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
2	SK03: Aufklärung
3	SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
4	SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt Letzte Überprüfung: 02.07.2021
5	SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle Letzte Überprüfung: 02.07.2021

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i>
2	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i>
3	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich <i>Harnflussmessung</i>



#	Gerätenummer	24h verfügbar
4	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i> <i>in Kooperation</i>
5	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i> <i>in Kooperation</i>
6	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i>
7	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Geräte für Nierenersatzverfahren</i>
8	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>Hirnstrommessung</i> <i>in Kooperation</i>
9	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i> <i>Laser-Ablation (Cardiofocus) für Vorhofflimmer-Ablation, 3D-RF-Ablation (NavX, Ablation von Herzrhythmusstörungen)</i>
10	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich <i>Stoßwellen-Steinzerstörung</i>
11	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System	Keine Angabe erforderlich <i>Roboterassistiertes Chirurgie-System</i>
12	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja <i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i>
13	AA72 - 3D-Laparoskopie-System	Keine Angabe erforderlich <i>3D-Laparoskopie-System</i>



#	Gerätenummer	24h verfügbar
14	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich <i>Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich in Kooperation</i>
15	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich <i>in Kooperation</i>



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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet
Erläuterungen	Seit 2021 Modul Durchblutungsstörung am Herzen

Stufen der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand	Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2).
---------	--

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 1

SN06: Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

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

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



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

Nein



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen



B-[1] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart	Gemischte Haupt- und Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Franz G. Bader
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	chirurgie@isarklinikum.de
Strasse	Sonnenstr.
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://chirurgie.isarklinikum.de/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktorin Beckenbodenzentrum
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ursula Peschers
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	bbz@isarklinikum.de
Strasse	Sonnenstr.



Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://beckenbodenzentrum.isarklinikum.de/

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Peter Heider
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	info@gefaesschirurgie-muenchen.net
Strasse	Sonnenstr.
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://gefaesschirurgie.isarklinikum.de/

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Wolf
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	info@gefaesschirurgie-muenchen.net
Strasse	Sonnenstr.
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://gefaesschirurgie.isarklinikum.de/

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Ralf D. Rothörl
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	wirbelsaeulenchirurgie@isarklinikum.de
Strasse	Sonnenstr.
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München



URL | <https://wirbelsaeulenchirurgie.isarklinikum.de/>

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

Bei Vereinbarungen von Verträgen mit leitenden Ärzten haben sich die Bundesärztekammer (BÄK) und die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen darauf geeinigt die Empfehlung nach §136a SGB V um folgenden Passus zu ergänzen:

"Damit die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gewahrt bleibt, dürfen finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden. Dies gilt auch für Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregation oder Case-Mix-Volumina".

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

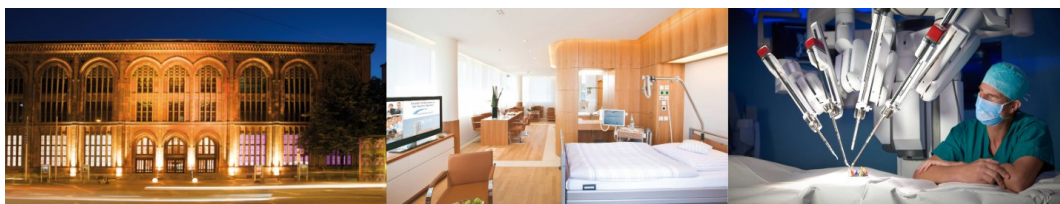
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Unter "Allgemeiner Chirurgie" sind weitere operative Disziplinen wie Wirbelsäulenchirurgie, Gefäßchirurgie und gynäkologische Operationen subsummiert.

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
2	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
3	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	VC21 - Endokrine Chirurgie
6	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
7	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
8	VC24 - Tumorchirurgie
9	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule



#	Medizinische Leistungsangebote
11	VC48 - Chirurgie der intraspinalen Tumoren
12	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
13	VC52 - Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")
14	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
15	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
16	VC60 - Adipositaschirurgie
17	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
18	VC62 - Portimplantation
19	VC63 - Amputationschirurgie
20	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
21	VC68 - Mammachirurgie
22	VD20 - Wundheilungsstörungen
23	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
24	VG07 - Inkontinenzchirurgie
25	VG16 - Urogynäkologie
26	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
27	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
28	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
29	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
30	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
31	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
32	VK03 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
33	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
34	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
35	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
36	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems



#	Medizinische Leistungsangebote
37	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
38	VR15 - Arteriographie
39	VR16 - Phlebographie
40	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
41	VR17 - Lymphographie
42	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
43	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
44	VR02 - Native Sonographie
45	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
46	VR04 - Duplexsonographie
47	VR41 - Interventionelle Radiologie

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

Vollstationäre Fallzahl	5206
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	773
2	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	274
3	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	263
4	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	242
5	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	216
6	M47.27	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbosakralbereich	165
7	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	164



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
8	M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich	150
9	N81.1	Zystozele	137
10	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	130
11	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	124
12	M19.95	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	124
13	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	117
14	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	97
15	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	95
16	M53.26	Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich	85
17	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	71
18	M54.4	Lumboischialgie	67
19	M50.2	Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung	57
20	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	52
21	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	50
22	N81.6	Rektozele	47
23	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	40
24	K60.3	Analfistel	35
25	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	32
26	N39.42	Dranginkontinenz	31
27	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	31
28	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	31
29	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	30
30	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	30



B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

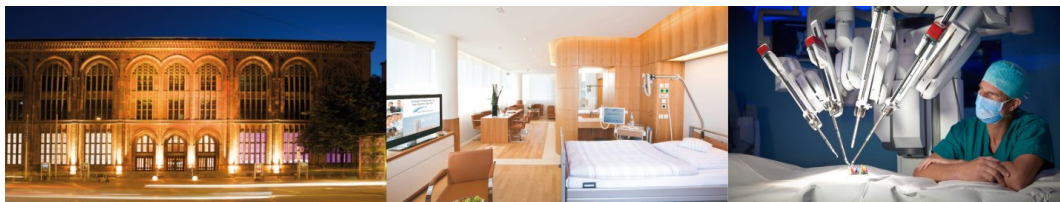
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	1054
2	N81	Genitalprolaps bei der Frau	507
3	I70	Atherosklerose	387
4	K40	Hernia inguinalis	339
5	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	317
6	M47	Spondylose	225
7	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	198
8	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	156
9	N18	Chronische Nierenkrankheit	130
10	M19	Sonstige Arthrose	125
11	K80	Cholelithiasis	111
12	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	108
13	M54	Rückenschmerzen	97
14	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	95
15	K43	Hernia ventralis	71
16	D25	Leiomyom des Uterus	57
17	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	56
18	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	48
19	N80	Endometriose	45
20	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	43
21	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	42
22	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	41
23	K42	Hernia umbilicalis	39
24	K57	Divertikulose des Darmes	35



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	34
26	E04	Sonstige nichttoxische Struma	32
27	I83	Varizen der unteren Extremitäten	31
28	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	30
29	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	27
30	G97	Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	24

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	1696
2	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	601
3	5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendeneration	551
4	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	542
5	5-032.11	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente	514
6	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	497
7	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	491
8	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	474
9	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	383
10	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	347



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	5-707.21	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik ohne alloplastisches Material: Vaginal	342
12	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	323
13	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	313
14	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	300
15	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	279
16	5-983	Reoperation	275
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	264
18	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	253
19	5-059.b	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Anwendung eines Endoskopiesystems	249
20	5-931.0	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material	237
21	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	223
22	5-835.9	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiosen Spänen (autogen)	218
23	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	206
24	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	199
25	5-839.b0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers: 1 Segment	189
26	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	188
27	5-831.9	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Entfernung eines freien Sequesters ohne Endoskopie	188



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	183
29	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	181
30	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	180

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	2872
2	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	1698
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	1696
4	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	1354
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung	703
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	691
7	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	667
8	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	576
9	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	563
10	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	498
11	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	459
12	5-469	Andere Operationen am Darm	374
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	363
14	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	353
15	5-707	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes	347
16	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	343
17	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	323
18	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	313
19	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	312
20	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	285



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
21	5-983	Reoperation	275
22	5-059	Andere Operationen an Nerven und Ganglien	266
23	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	264
24	5-836	Spondylodese	243
25	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	237
26	5-986	Minimalinvasive Technik	223
27	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	220
28	5-916	Temporäre Weichteildeckung	213
29	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	181
30	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	173

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	343
2	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	76
3	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	83
4	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	61
5	5-707	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes	347
6	5-594	Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]	151
7	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	140
8	8-83c.f	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Rotationsatherektomie	90
9	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	39

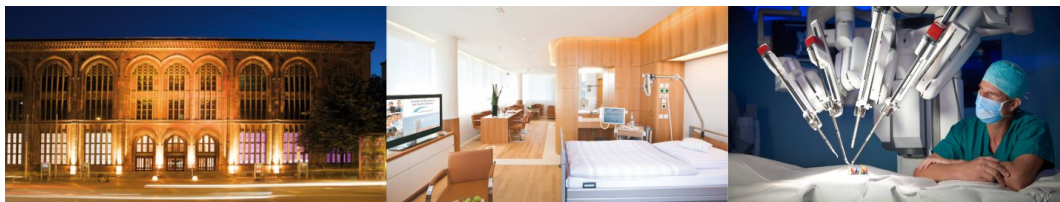


B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Praxis für Viszeralchirurgie
2	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	Praxis für Gefäßchirurgie
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Allgemeine Chirurgie
4	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz Viszeralchirurgie

B-[1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	MVZ Allgemeine Chirurgie	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
2	MVZ Allgemeine Chirurgie	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
3	MVZ Allgemeine Chirurgie	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
4	MVZ Allgemeine Chirurgie	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
5	MVZ Allgemeine Chirurgie	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
6	MVZ Allgemeine Chirurgie	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
7	MVZ Allgemeine Chirurgie	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
8	MVZ Allgemeine Chirurgie	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
9	MVZ Allgemeine Chirurgie	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
10	MVZ Allgemeine Chirurgie	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
11	MVZ Allgemeine Chirurgie	VC21 - Endokrine Chirurgie
12	MVZ Allgemeine Chirurgie	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
13	MVZ Allgemeine Chirurgie	VG07 - Inkontinenzchirurgie
14	MVZ Allgemeine Chirurgie	VC68 - Mammachirurgie
15	MVZ Allgemeine Chirurgie	VC30 - Septische Knochenchirurgie
16	MVZ Allgemeine Chirurgie	VD20 - Wundheilungsstörungen
17	Praxis für Viszeralchirurgie	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
18	Praxis für Viszeralchirurgie	VC59 - Mediastinoskopie



#	Ambulanz	Leistung
19	Praxis für Viszeralchirurgie	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
20	Praxis für Viszeralchirurgie	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
21	Praxis für Viszeralchirurgie	VC62 - Portimplantation
22	Praxis für Viszeralchirurgie	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
23	Praxis für Viszeralchirurgie	VG15 - Spezialsprechstunde
24	Praxis für Viszeralchirurgie	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
25	Praxis für Viszeralchirurgie	VC24 - Tumorchirurgie
26	Praxis für Gefäßchirurgie	VX00 - („Sonstiges“)
27	Praxis für Gefäßchirurgie	VC63 - Amputationschirurgie
28	Praxis für Gefäßchirurgie	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
29	Praxis für Gefäßchirurgie	VC61 - Dialysehuntchirurgie
30	Praxis für Gefäßchirurgie	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
31	Praxis für Gefäßchirurgie	VC62 - Portimplantation
32	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC60 - Adipositaschirurgie
33	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
34	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
35	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC59 - Mediastinoskopie
36	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
37	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
38	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC62 - Portimplantation
39	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC14 - Speiseröhrenchirurgie



#	Ambulanz	Leistung
40	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
41	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC24 - Tumorchirurgie

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

Ambulante Operationen werden in Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum der Klinik und Belegarztpraxen durchgeführt.

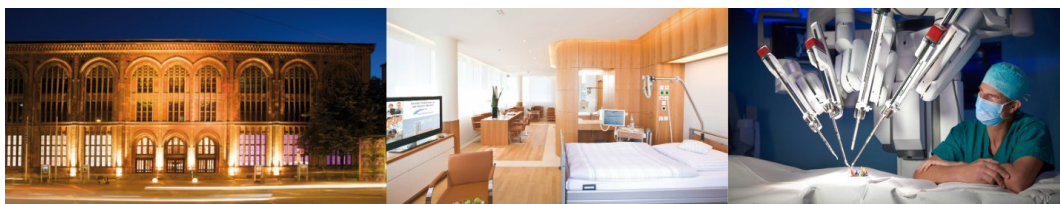
#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385.b	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Endoluminale Radiofrequenzablation	24
2	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	4
3	5-056.3	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm	4
4	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	< 4
5	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
6	5-701.0	Inzision der Vagina: Hymenotomie	< 4
7	1-653	Diagnostische Proktoskopie	< 4
8	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
9	5-596.01	Andere Harninkontinenzoperationen: Paraurethrale Injektionsbehandlung: Mit Polyacrylamid-Hydrogel	< 4
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
11	5-895.25	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Hals	< 4
12	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	< 4
13	5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenervation	< 4
14	5-983	Reoperation	< 4



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
15	5-894.1c	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion	< 4
16	5-894.x8	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Sonstige: Unterarm	< 4
17	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	< 4
18	5-540.0	Inzision der Bauchwand: Exploration	< 4
19	5-702.0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Hymenektomie	< 4
20	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
21	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	< 4
22	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	< 4
23	5-599.x	Andere Operationen am Harntrakt: Sonstige	< 4
24	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	< 4
25	1-460.2	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Harnblase	< 4
26	5-491.1x	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Sonstige	< 4
27	5-465.1	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas: Ileostoma	< 4
28	5-491.2	Operative Behandlung von Analfisteln: Fadendrainage	< 4
29	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
30	1-859.0	Andere diagnostische Punktion und Aspiration: Schilddrüse	< 4

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	25
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	6
3	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	5
4	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	4



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
6	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
7	5-596	Andere Harninkontinenzoperationen	< 4
8	1-653	Diagnostische Proktoskopie	< 4
9	5-701	Inzision der Vagina	< 4
10	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
11	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
12	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
13	1-572	Biopsie an der Vagina durch Inzision	< 4
14	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	< 4
15	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
16	1-859	Andere diagnostische Punktion und Aspiration	< 4
17	5-511	Cholezystektomie	< 4
18	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
19	5-404	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff	< 4
20	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	< 4
21	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
22	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	< 4
23	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
24	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	< 4
25	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	< 4
26	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
27	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
28	5-983	Reoperation	< 4
29	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
30	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 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
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		35,77	Fälle je VK/Person	167,935486
Beschäftigungsverhältnis	Mit	35,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,77	Stationär	31

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		27	Fälle je VK/Person	229,137329
Beschäftigungsverhältnis	Mit	27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,28	Stationär	22,72

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt		7	Fälle je VK/Person	743,7143
--------	--	---	--------------------	----------

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ07 - Gefäßchirurgie
3	AQ12 - Thoraxchirurgie



#	Facharztbezeichnungen
4	AQ13 - Viszeralchirurgie
5	AQ41 - Neurochirurgie
6	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
7	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		45,39	Fälle je VK/Person	114,69487
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,71	Ohne	8,68
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	45,39

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

Gesamt		0,51	Fälle je VK/Person	10207,8438
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,51

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,16	Fälle je VK/Person	2410,185
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,13	Ohne	0,03



Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,16
-----------------	-----------------	---	------------------	------

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,97	Fälle je VK/Person	1752,86194
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,97

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,7	Fälle je VK/Person	1928,14807
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,87	Ohne	0,83
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,7

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ02 - Diplom
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
5	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
6	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	ZP05 - Entlassungsmanagement



#	Zusatzqualifikation
6	ZP06 - Ernährungsmanagement
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP09 - Kontinenzmanagement
9	ZP13 - Qualitätsmanagement
10	ZP14 - Schmerzmanagement
11	ZP15 - Stomamanagement
12	ZP18 - Dekubitusmanagement
13	ZP19 - Sturzmanagement



B-[2] Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie

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

Abteilungsart	Gemischte Haupt- und Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1523 - Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie

B-[2].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Matthias Hoppert
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	orthopaedie@isarklinikum.de
Strasse	Sonnenstraße
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://orthopaedie.isarklinikum.de/

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
--	--------------------------------------



nach § 135c SGB V

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO14 - Endoprothetik
2	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	VC30 - Septische Knochenchirurgie
4	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
5	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
6	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
7	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
8	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
9	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
10	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
11	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
12	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
13	VC66 - Arthroskopische Operationen
14	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
15	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
16	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
17	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
18	VO15 - Fußchirurgie
19	VO16 - Handchirurgie
20	VO19 - Schulterchirurgie
21	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
22	VO21 - Traumatologie

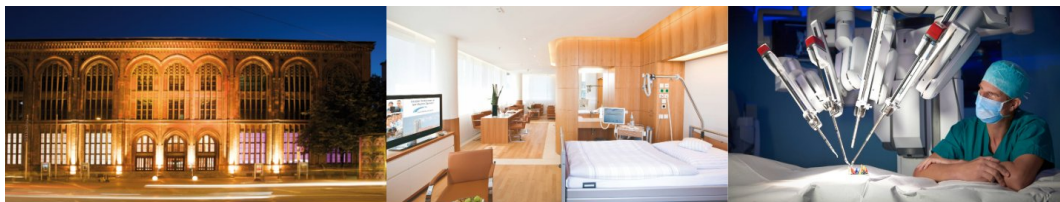


B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1088
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	143
2	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	123
3	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	113
4	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	83
5	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	66
6	M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	47
7	S83.2	Meniskusriss, akut	41
8	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	38
9	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	37
10	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	31
11	M94.26	Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	22
12	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	17
13	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	12
14	M20.1	Hallux valgus (erworben)	11
15	M23.36	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus	10
16	S43.00	Luxation des Schultergelenkes [Glenohumeralgelenk], nicht näher bezeichnet	8
17	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	8
18	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	7
19	M75.2	Tendinitis des M. biceps brachii	7



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
20	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	7
21	S43.01	Luxation des Humerus nach vorne	7
22	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	6
23	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	5
24	M23.4	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk	5
25	S83.50	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Kreuzband	5
26	M65.86	Sonstige Synovitis und Tenosynovitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
27	M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	5
28	M23.89	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band	5
29	M23.34	Sonstige Meniskusschädigungen: Vorderhorn des Außenmeniskus	5
30	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	5

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	189
2	M75	Schulterläsionen	177
3	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	167
4	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	161
5	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	124
6	M19	Sonstige Arthrose	32
7	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	27
8	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	22
9	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	20
10	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	18



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
11	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	14
12	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	13
13	M87	Knochennekrose	11
14	M65	Synovitis und Tenosynovitis	9
15	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	8
16	M22	Krankheiten der Patella	7
17	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	7
18	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	6
19	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	6
20	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	6
21	M00	Eitrige Arthritis	4
22	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	4
23	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	< 4
24	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	< 4
25	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	< 4
26	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	< 4
27	S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	< 4
28	M71	Sonstige Bursopathien	< 4
29	S72	Fraktur des Femurs	< 4
30	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	< 4

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	232



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
2	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	222
3	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	157
4	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	122
5	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	117
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	104
7	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	93
8	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	92
9	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	84
10	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	77
11	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	76
12	5-805.6	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale	60
13	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	56
14	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	47
15	5-983	Reoperation	42
16	5-812.k1	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Akromioklavikulargelenk	38
17	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	38



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
18	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	38
19	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	37
20	5-804.5	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella	34
21	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	34
22	5-800.7g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Hüftgelenk	33
23	5-800.4g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk	33
24	5-800.6g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Hüftgelenk	33
25	5-800.6h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk	32
26	5-782.b0	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula	32
27	5-800.8g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Hüftgelenk	32
28	5-800.8h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	32
29	5-800.7h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Kniegelenk	31
30	5-819.10	Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humeroglenoidalgelenk	31

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	562



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	372
3	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	351
4	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	251
5	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	192
6	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	161
7	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	125
8	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	112
9	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	104
10	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	78
11	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	78
12	5-986	Minimalinvasive Technik	77
13	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	63
14	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	49
15	5-819	Andere arthroskopische Operationen	46
16	5-983	Reoperation	42
17	5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	40
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	37
19	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	37
20	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	36
21	5-801	Offen chirurgische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	35
22	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	29
23	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	27
24	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	27
25	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	26



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	1-697	Diagnostische Arthroskopie	18
27	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	18
28	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	18
29	8-020	Therapeutische Injektion	18
30	8-861	Entnahme, Aufbereitung und Applikation von Blutbestandteilen zur lokalen Anwendung	16

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Praxis für Orthopädie
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz Orthopädie

B-[2].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Praxis für Orthopädie	VC66 - Arthroskopische Operationen
2	Praxis für Orthopädie	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
3	Praxis für Orthopädie	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
4	Praxis für Orthopädie	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
5	Praxis für Orthopädie	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
6	Praxis für Orthopädie	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
7	Praxis für Orthopädie	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
8	Praxis für Orthopädie	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
9	Praxis für Orthopädie	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
10	Praxis für Orthopädie	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
11	Praxis für Orthopädie	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes



#	Ambulanz	Leistung
12	Praxis für Orthopädie	VO14 - Endoprothetik
13	Praxis für Orthopädie	VO16 - Handchirurgie
14	Praxis für Orthopädie	VO17 - Rheumachirurgie
15	Praxis für Orthopädie	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
16	Praxis für Orthopädie	VO19 - Schulterchirurgie
17	Praxis für Orthopädie	VO13 - Spezialsprechstunde
18	Privatambulanz Orthopädie	VC66 - Arthroskopische Operationen
19	Privatambulanz Orthopädie	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
20	Privatambulanz Orthopädie	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
21	Privatambulanz Orthopädie	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
22	Privatambulanz Orthopädie	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
23	Privatambulanz Orthopädie	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
24	Privatambulanz Orthopädie	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
25	Privatambulanz Orthopädie	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
26	Privatambulanz Orthopädie	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
27	Privatambulanz Orthopädie	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
28	Privatambulanz Orthopädie	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
29	Privatambulanz Orthopädie	VO14 - Endoprothetik
30	Privatambulanz Orthopädie	VO16 - Handchirurgie

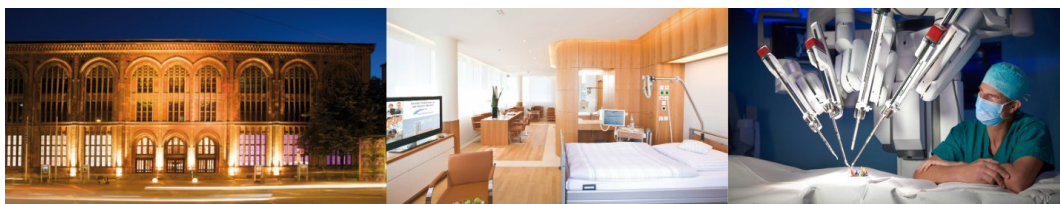


#	Ambulanz	Leistung
31	Privatambulanz Orthopädie	VO17 - Rheumachirurgie
32	Privatambulanz Orthopädie	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
33	Privatambulanz Orthopädie	VO19 - Schulterchirurgie
34	Privatambulanz Orthopädie	VO13 - Spezialsprechstunde

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

Ambulante Operationen werden in Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum der Klinik und Belegarztpraxen durchgeführt.

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	10
2	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	6
3	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	4
4	5-845.10	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnen Scheiden, total: Beugesehnen Handgelenk	< 4
5	5-841.61	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material: Retinaculum flexorum	< 4
6	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	< 4
7	5-787.1j	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Patella	< 4
8	5-056.4	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand	< 4
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
10	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	< 4
11	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
13	5-822.81	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert	< 4
14	5-819.2h	Andere arthroskopische Operationen: Resektion eines Ganglions: Kniegelenk	< 4
15	5-819.10	Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humeroglenoidalgelenk	< 4
16	5-983	Reoperation	< 4
17	8-863.01	Allogene Stammzelltherapie: Periphere mesenchymale Stammzelltherapie: Mit Stammzellen aus Fettgewebe	< 4
18	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	< 4
19	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	< 4
20	5-840.50	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Beugesehnen Handgelenk	< 4
21	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	< 4
22	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	< 4
23	5-840.82	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Daumen	< 4
24	5-841.11	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Retinaculum flexorum	< 4
25	5-787.10	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Klavikula	< 4
26	5-812.k1	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Akromioklavikulargelenk	< 4
27	5-787.k9	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Ulna distal	< 4
28	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	< 4
29	5-788.0	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose)	< 4
30	5-812.fq	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Metatarsophalangealgelenk	< 4



B-[2].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	15
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	13
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	13
4	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	5
5	5-841	Operationen an Bändern der Hand	5
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	4
7	5-845	Synovialektomie an der Hand	< 4
8	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
9	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	< 4
10	5-819	Andere arthroskopische Operationen	< 4
11	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
12	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	< 4
13	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	< 4
14	8-863	Allogene Stammzelltherapie	< 4
15	5-983	Reoperation	< 4
16	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	< 4
17	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
18	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 4
19	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
20	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4

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

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



B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,22	Fälle je VK/Person	139,130432
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,4	Stationär	7,82

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,09	Fälle je VK/Person	294,850952
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,4	Stationär	3,69

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt		20	Fälle je VK/Person	54,4
--------	--	----	-----------------------	------

B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

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



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

Gesamt		9,16	Fälle je VK/Person	118,77729
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,41	Ohne	1,75
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,16

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

Gesamt		0,1	Fälle je VK/Person	10880
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,44	Fälle je VK/Person	2472,72729
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,01	Ohne	0,43
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,44

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,6	Fälle je VK/Person	1813,33325
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,6

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,55	Fälle je VK/Person	1978,18176
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,38	Ohne	0,17
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,55



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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ02 - Diplom
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

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

Die Bettenstationen, die Intensivstation und die Operationsäle werden im ISAR Klinikum zum Großteil interdisziplinär genutzt, daher wurden die Vollkräfte aus dem Pflegepersonal anteilig nach Belegung auf die Fachbereiche aufgeteilt.

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	ZP05 - Entlassungsmanagement
5	ZP06 - Ernährungsmanagement
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP09 - Kontinenzmanagement
8	ZP13 - Qualitätsmanagement
9	ZP14 - Schmerzmanagement
10	ZP15 - Stomamanagement
11	ZP16 - Wundmanagement
12	ZP18 - Dekubitusmanagement
13	ZP19 - Sturzmanagement





B-[3] Plastische Chirurgie

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

Abteilungsart	Gemischte Haupt- und Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Plastische Chirurgie

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1900 - Plastische Chirurgie

B-[3].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Ulf Dornseifer
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	plastische-chirurgie@isarklinikum.de
Strasse	Sonnenstraße
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://plastische-chirurgie.isarklinikum.de/

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

Bei Vereinbarungen von Verträgen mit leitenden Ärzten haben sich die Bundesärztekammer (BÄK) und die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen darauf geeinigt die Empfehlung nach §136a SGB V um folgenden Passus zu ergänzen:

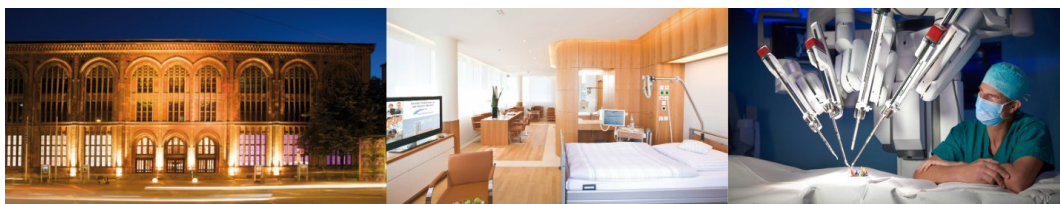


"Damit die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gewahrt bleibt, dürfen finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden. Dies gilt auch für Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregation oder Case-Mix-Volumina".

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
2	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
3	VC68 - Mammachirurgie
4	VC47 - Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
5	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
6	VC30 - Septische Knochenchirurgie
7	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
8	VD20 - Wundheilungsstörungen
9	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
10	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
11	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
12	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
13	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
14	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
15	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
16	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
17	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
18	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren



#	Medizinische Leistungsangebote
19	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
20	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
21	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
22	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
23	VO16 - Handchirurgie
24	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
25	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
26	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
27	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
28	VZ13 - Kraniofaziale Chirurgie
29	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
30	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
31	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
32	VC69 - Verbrennungschirurgie
33	VZ17 - Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich

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

Vollstationäre Fallzahl	789
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	L98.7	Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut	144
2	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	116
3	E88.22	Lipödem, Stadium III	86



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
4	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	47
5	L90.5	Narben und Fibrosen der Haut	32
6	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	27
7	T85.82	Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	25
8	N64.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Mamma	24
9	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	21
10	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	15
11	J34.2	Nasenseptumdeviation	12
12	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	12
13	C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	12
14	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	9
15	D17.0	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	7
16	Z40.00	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen: Prophylaktische Operation an der Brustdrüse [Mamma]	7
17	Z80.3	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese	7
18	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	6
19	L08.9	Lokale Infektion der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet	6
20	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	5
21	L72.0	Epidermalzyste	5
22	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	5
23	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	5
24	N64.1	Fettgewebnekrose der Mamma	4
25	C30.0	Bösartige Neubildung: Nasenhöhle	4
26	T20.3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses	4
27	T85.73	Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat	4



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
28	G51.0	Fazialisparese	4
29	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	< 4

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	197
2	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	146
3	E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	89
4	L90	Atrophische Hautkrankheiten	32
5	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	32
6	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	29
7	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	27
8	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	22
9	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	21
10	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	19
11	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	13
12	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
13	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	8
14	Z40	Prophylaktische Operation	7
15	Z80	Bösartige Neubildung in der Familienanamnese	7
16	L03	Phlegmone	7
17	L08	Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	6
18	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	6
19	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	6



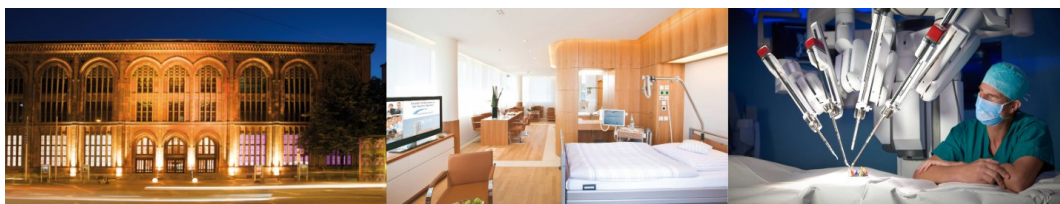
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
20	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	5
21	C43	Bösartiges Melanom der Haut	5
22	C30	Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres	4
23	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	4
24	D21	Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	4
25	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	4
26	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	4
27	T20	Verbrennung oder Verätzung des Kopfes und des Halses	4
28	K42	Hernia umbilicalis	< 4
29	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	< 4
30	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	< 4

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-983	Reoperation	286
2	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	180
3	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	157
4	5-98c.70	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Gefäßkoppler zur mikrovaskulären Anastomosierung: Ohne Dopplersonographie	129
5	5-984	Mikrochirurgische Technik	125
6	5-890.1a	Tätowieren und Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut: Einbringen von autogenem Material: Brustwand und Rücken	83
7	5-850.d5	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Brustwand und Rücken	73



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	5-911.1e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	71
9	5-885.3	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies Haut-Muskel-Transplantat	70
10	5-850.b5	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Brustwand und Rücken	69
11	5-911.2b	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Abtragen von Fettgewebe: Bauchregion	68
12	5-911.0b	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Bauchregion	67
13	5-885.9	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung	51
14	5-546.21	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand: Mit Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material in Onlay-Technik	49
15	5-889.1	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapsel fibrose	47
16	5-911.2e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Abtragen von Fettgewebe: Oberschenkel und Knie	46
17	5-877.0	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Subkutane Mastektomie	45
18	5-850.b7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	43
19	5-850.d7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	38
20	5-886.2x	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Mastopexie als selbständiger Eingriff: Sonstige	38
21	5-911.0e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Oberschenkel und Knie	38
22	5-904.0e	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle: Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung: Oberschenkel und Knie	37



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	5-850.d8	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberschenkel und Knie	36
24	5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	35
25	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	35
26	5-907.5a	Revision einer Hautplastik: Revision eines freien Lappens mit mikrovaskulärer Anastomosierung: Brustwand und Rücken	33
27	5-904.0b	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle: Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung: Bauchregion	33
28	5-911.0a	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Brustwand und Rücken	32
29	8-190.32	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage	30
30	8-190.40	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): Bis 7 Tage	28

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	444
2	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	441
3	5-983	Reoperation	286
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	230
5	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	160
6	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	157
7	5-885	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation	139
8	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	132
9	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	129



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	5-984	Mikrochirurgische Technik	125
11	5-890	Tätowieren und Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut	97
12	8-190	Spezielle Verbandstechniken	93
13	5-904	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle	87
14	5-889	Andere Operationen an der Mamma	80
15	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	62
16	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	60
17	5-546	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum	59
18	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	59
19	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	57
20	5-907	Revision einer Hautplastik	54
21	5-884	Mammareduktionsplastik	46
22	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	36
23	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	35
24	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	32
25	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	30
26	9-984	Pflegebedürftigkeit	25
27	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	23
28	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	22
29	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	22
30	5-905	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle	21

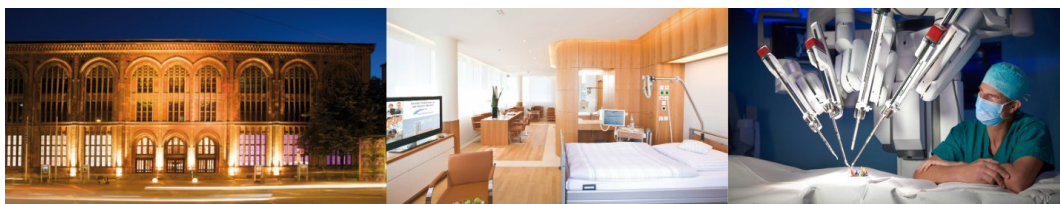
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Praxis Plastische Chirurgie



B-[3].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
2	Privatambulanz	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
3	Privatambulanz	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Privatambulanz	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
5	Privatambulanz	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
6	Privatambulanz	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
7	Privatambulanz	VO15 - Fußchirurgie
8	Privatambulanz	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
9	Privatambulanz	VO16 - Handchirurgie
10	Privatambulanz	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
11	Privatambulanz	VA15 - Plastische Chirurgie
12	Privatambulanz	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
13	Privatambulanz	VC58 - Spezialsprechstunde
14	Privatambulanz	VC69 - Verbrennungschirurgie
15	Privatambulanz	VD20 - Wundheilungsstörungen
16	Praxis Plastische Chirurgie	VX00 - („Sonstiges“)
17	Praxis Plastische Chirurgie	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
18	Praxis Plastische Chirurgie	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
19	Praxis Plastische Chirurgie	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
20	Praxis Plastische Chirurgie	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
21	Praxis Plastische Chirurgie	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
22	Praxis Plastische Chirurgie	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
23	Praxis Plastische Chirurgie	VO15 - Fußchirurgie
24	Praxis Plastische Chirurgie	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
25	Praxis Plastische Chirurgie	VO16 - Handchirurgie



#	Ambulanz	Leistung
26	Praxis Plastische Chirurgie	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
27	Praxis Plastische Chirurgie	VA15 - Plastische Chirurgie
28	Praxis Plastische Chirurgie	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
29	Praxis Plastische Chirurgie	VC58 - Spezialsprechstunde
30	Praxis Plastische Chirurgie	VC69 - Verbrennungschirurgie
31	Praxis Plastische Chirurgie	VD20 - Wundheilungsstörungen

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

Ambulante Operationen werden in Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum der Klinik und Belegarztpraxen durchgeführt.

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-911.1e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	< 4
2	5-911.0a	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Brustwand und Rücken	< 4
3	5-904.0e	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle: Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung: Oberschenkel und Knie	< 4
4	5-903.55	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Hals	< 4
5	5-903.05	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Hals	< 4
6	5-895.45	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Hals	< 4
7	5-895.25	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Hals	< 4
8	5-889.1	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselkapsel	< 4
9	5-885.3	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies Haut-Muskel-Transplantat	< 4
10	5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	< 4



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-877.0	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Subkutane Mastektomie	< 4
12	5-770.4	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Exzision	< 4
13	5-164.2	Andere Exzision, Destruktion und Exenteration der Orbita und Orbitainnenhaut: Totalexzision von erkranktem Gewebe	< 4
14	5-161.x	Entfernung eines Fremdkörpers aus Orbita und Augapfel, n.n.bez.: Sonstige	< 4

B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
3	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	< 4
4	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	< 4
5	5-889	Andere Operationen an der Mamma	< 4
6	5-884	Mammareduktionsplastik	< 4
7	5-904	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle	< 4
8	5-161	Entfernung eines Fremdkörpers aus Orbita und Augapfel, n.n.bez.	< 4
9	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	< 4
10	5-164	Andere Exzision, Destruktion und Exenteration der Orbita und Orbitainnenhaut	< 4
11	5-885	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation	< 4

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

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



B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,15	Fälle je VK/Person	90,17143
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	8,75

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	303,461548
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	2,6

B-[3].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003)

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		9,55	Fälle je VK/Person	82,6178
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,72	Ohne	1,83
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,55

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



Gesamt		0,11	Fälle je VK/Person	7172,72754
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,11

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,46	Fälle je VK/Person	1715,21741
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,45	Ohne	0,01
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,46

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,62	Fälle je VK/Person	1272,58069
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,62

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,57	Fälle je VK/Person	1384,21057
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,4	Ohne	0,17
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,57

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ02 - Diplom
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ08 - Pflege im Operationsdienst



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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	ZP05 - Entlassungsmanagement
5	ZP06 - Ernährungsmanagement
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP09 - Kontinenzmanagement
8	ZP13 - Qualitätsmanagement
9	ZP14 - Schmerzmanagement
10	ZP16 - Wundmanagement
11	ZP15 - Stomamanagement
12	ZP18 - Dekubitusmanagement
13	ZP19 - Sturzmanagement



B-[4] Kardiologie

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

Abteilungsart	Gemischte Haupt- und Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kardiologie

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 - Kardiologie

B-[4].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Kardiologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Alexander Leber
Telefon	089 1499030 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	kardiologie@isar klinikum.de
Strasse	Sonnenstraße
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://www.isarherzzentrum.de/

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

Bei Vereinbarungen von Verträgen mit leitenden Ärzten haben sich die Bundesärztekammer (BÄK) und die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen darauf geeinigt die Empfehlung nach §136a SGB V um folgenden Passus zu ergänzen:

"Damit die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gewahrt bleibt, dürfen finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden. Dies gilt auch für



Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregation oder Case-Mix-Volumina".

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC05 - Schrittmachereingriffe
2	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
3	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
4	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
5	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
6	VI20 - Intensivmedizin
7	VI27 - Spezialsprechstunde <i>z.B. Rhythmusprechstunde, Schrittmacherambulanz</i>
8	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
9	VC06 - Defibrillatoreingriffe
10	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
11	VI34 - Elektrophysiologie
12	VC10 - Eingriffe am Perikard
13	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
14	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel <i>in Kooperation</i>
15	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>in Kooperation</i>



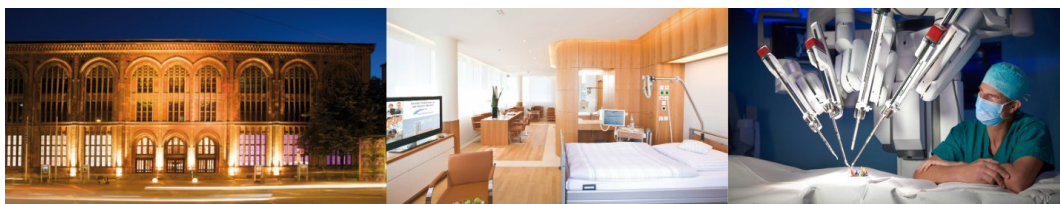
#	Medizinische Leistungsangebote
16	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>in Kooperation</i>
17	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>in Kooperation</i>
18	VI00 - („Sonstiges“) <i>Sportkardiologie</i>
19	VO00 - („Sonstiges“) <i>Telemedizin</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	1266
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	200
2	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	184
3	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	85
4	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	79
5	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	72
6	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	59
7	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	44
8	R93.1	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Herzens und des Koronarkreislaufes	40
9	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	40
10	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	34
11	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	32



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
12	I20.0	Instabile Angina pectoris	28
13	I48.3	Vorhofflattern, typisch	21
14	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	21
15	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	18
16	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	16
17	I35.0	Aortenklappenstenose	15
18	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	15
19	I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	14
20	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	12
21	R94.3	Abnorme Ergebnisse von kardiovaskulären Funktionsprüfungen	11
22	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	10
23	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	9
24	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	9
25	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	9
26	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiofibrillators	8
27	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	7
28	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	7
29	R55	Synkope und Kollaps	7
30	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	7

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	297
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	269
3	I20	Angina pectoris	232
4	I50	Herzinsuffizienz	74

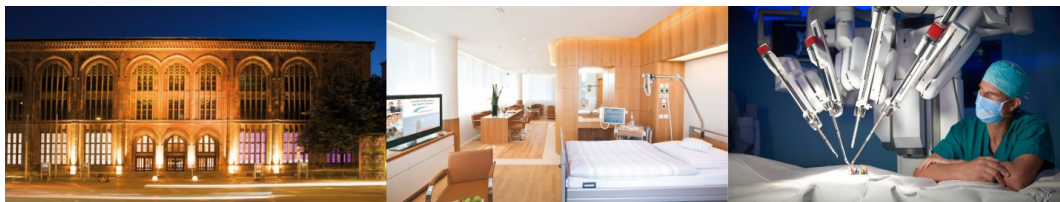


#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	I47	Paroxysmale Tachykardie	53
6	R07	Hals- und Brustschmerzen	51
7	R93	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Körperstrukturen	40
8	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	26
9	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	24
10	I21	Akuter Myokardinfarkt	23
11	I11	Hypertensive Herzkrankheit	20
12	I26	Lungenembolie	18
13	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	16
14	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	15
15	R94	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen	11
16	I42	Kardiomyopathie	9
17	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	7
18	R55	Synkope und Kollaps	7
19	I34	Nichtreumatische Mitralklappenkrankheiten	7
20	I40	Akute Myokarditis	5
21	R00	Störungen des Herzschlages	4
22	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	4
23	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	4
24	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	< 4
26	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	< 4
27	K29	Gastritis und Duodenitis	< 4
28	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	< 4
29	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
30	I51	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	< 4



B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	675
2	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	231
3	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	224
4	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	193
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	191
6	8-83b.08	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	190
7	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	188
8	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	162
9	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	124
10	1-274.30	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel	124
11	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	119
12	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	96
13	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon	92
14	8-835.a5	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Kryoablation: Pulmonalvenen	92
15	1-268.3	Kardiales Mapping: Rechter Ventrikel	76

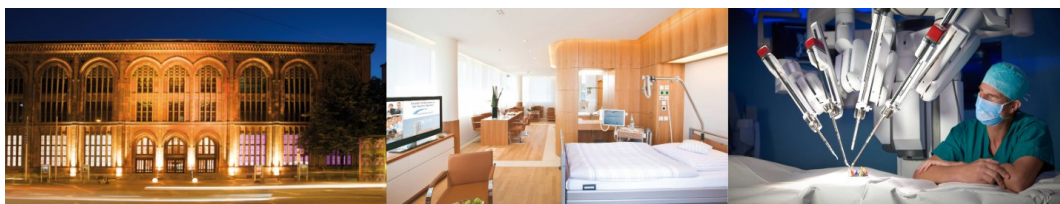


#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	8-835.j	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	71
17	1-266.3	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Medikamentöser Provokationstest (zur Erkennung von Arrhythmien)	63
18	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	57
19	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	56
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	45
21	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	44
22	1-265.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Störungen der AV-Überleitung	41
23	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	38
24	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	37
25	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	36
26	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	34
27	8-835.21	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: AV-Knoten	34
28	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	33
29	8-835.20	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	31
30	1-265.f	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflattern	30



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	804
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	515
3	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	479
4	1-268	Kardiales Mapping	462
5	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	294
6	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	235
7	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	221
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	191
9	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	162
10	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	133
11	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	120
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	62
13	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	56
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	45
15	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	43
16	3-05g	Endosonographie des Herzens	36
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	29
18	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	23
19	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	21
20	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	19
21	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	18
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	18
23	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	18
24	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	16



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	14
26	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	13
27	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	12
28	3-200	Native Computertomographie des Schädels	12
29	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	12
30	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	11

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz Isar Herzzentrum
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Praxis für Kardiologie
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[4].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Praxis für Kardiologie	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
2	Praxis für Kardiologie	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
3	Praxis für Kardiologie	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
4	Praxis für Kardiologie	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
5	Praxis für Kardiologie	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
6	Praxis für Kardiologie	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
7	Praxis für Kardiologie	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
8	Praxis für Kardiologie	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
9	Praxis für Kardiologie	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
10	Praxis für Kardiologie	VI34 - Elektrophysiologie



#	Ambulanz	Leistung
11	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
12	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
13	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
14	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
15	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
16	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
17	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
18	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
19	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
20	Privatambulanz Isar Herzzentrum	VI27 - Spezialsprechstunde

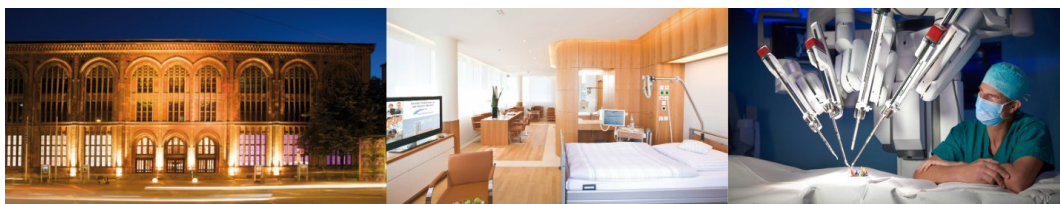
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden in Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum der Klinik und Belegarztpraxen durchgeführt.

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	120
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	26
3	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	21



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
4	5-378.07	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder	8
5	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	5
6	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	4
7	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	< 4
8	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	< 4
9	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	< 4
10	1-274.3	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums	< 4
11	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	< 4
12	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
14	5-934.x	Verwendung von MRT-fähigem Material: Sonstige	< 4
15	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	< 4
16	8-835.a5	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Kryoablation: Pulmonalvenen	< 4
17	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
19	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	< 4
20	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	< 4
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
22	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
23	5-378.5a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	< 4
24	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	< 4
25	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	< 4
26	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	< 4
27	3-224.30	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]	< 4
28	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	< 4
29	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
30	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	153
2	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	21
3	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	12
4	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	7
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	6
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	4
7	1-268	Kardiales Mapping	4
8	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	< 4
9	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 4



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	< 4
11	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	< 4
12	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	< 4
13	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	< 4
14	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4
15	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	< 4
16	1-276	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme	< 4
17	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
18	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	< 4
19	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	< 4
20	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
21	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
22	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	< 4
23	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4

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

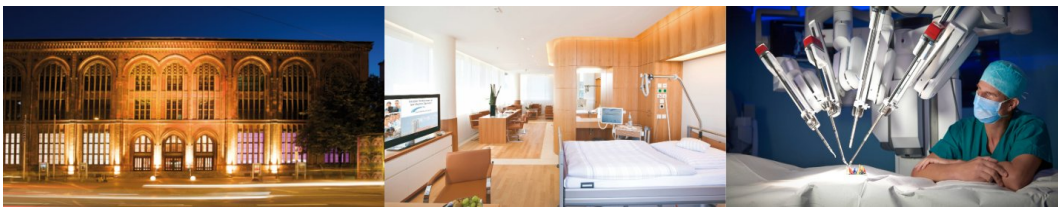
Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte



Gesamt		15,56	Fälle je VK/Person	97,30976
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,55	Stationär	13,01

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		9,57	Fälle je VK/Person	168,351059
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,05	Stationär	7,52

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt		5	Fälle je VK/Person	253,2
--------	--	---	-----------------------	-------

B-[4].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF44 - Sportmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin

B-[4].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		5,29	Fälle je VK/Person	239,319473
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,28	Ohne	1,01



Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,29
-----------------	-----------------	---	------------------	------

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

Gesamt		0,06	Fälle je VK/Person	21100
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	5064
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,35	Fälle je VK/Person	3617,14282
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,35

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,31	Fälle je VK/Person	4083,87085
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,21	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,31

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ02 - Diplom
3	PQ01 - Bachelor
4	PQ20 - Praxisanleitung



#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	ZP05 - Entlassungsmanagement
6	ZP06 - Ernährungsmanagement
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP09 - Kontinenzmanagement
9	ZP13 - Qualitätsmanagement
10	ZP14 - Schmerzmanagement
11	ZP15 - Stomamanagement
12	ZP18 - Dekubitusmanagement
13	ZP19 - Sturzmanagement



B-[5] Urologie

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

Abteilungsart	Gemischte Haupt- und Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Urologie

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

B-[5].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Urologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. David Schilling
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 7445
E-Mail	urologie@isarklinikum.de
Strasse	Sonnenstraße
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://urologie.isarklinikum.de/

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

Bei Vereinbarungen von Verträgen mit leitenden Ärzten haben sich die Bundesärztekammer (BÄK) und die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen darauf geeinigt die Empfehlung nach §136a SGB V um folgenden Passus zu ergänzen:

"Damit die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gewahrt bleibt, dürfen finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden. Dies gilt auch für



Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregation oder Case-Mix-Volumina".

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis <i>endoskopisch und perkutan minimal invasiv</i>
2	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
3	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
4	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
5	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
6	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
7	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
8	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
9	VU13 - Tumorchirurgie
10	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
11	VG16 - Urogynäkologie
12	VG07 - Inkontinenzchirurgie
13	VU00 - („Sonstiges“)
14	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
15	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
16	VR02 - Native Sonographie
17	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
18	VR04 - Duplexsonographie



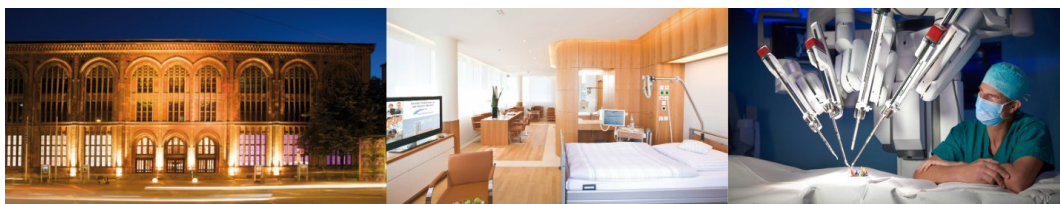
#	Medizinische Leistungsangebote
19	VR06 - Endosonographie
20	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
21	VU09 - Neuro-Urologie
22	VD14 - Andrologie

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

Vollstationäre Fallzahl	1259
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	208
2	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	165
3	N40	Prostatahyperplasie	122
4	N20.0	Nierenstein	81
5	N20.1	Ureterstein	61
6	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	48
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	45
8	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	41
9	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	28
10	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	26
11	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	19
12	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	18
13	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	16
14	D29.1	Gutartige Neubildung: Prostata	16
15	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	16



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
16	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	13
17	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Harnblase	10
18	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	9
19	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	9
20	N21.0	Stein in der Harnblase	9
21	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	9
22	D30.0	Gutartige Neubildung: Niere	8
23	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	8
24	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	7
25	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	6
26	N30.0	Akute Zystitis	6
27	N30.4	Strahlenzystitis	6
28	R39.1	Sonstige Miktionsstörungen	6
29	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	6
30	I86.1	Skrotumvarizen	6

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	208
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	191
3	N20	Nieren- und Ureterstein	152
4	N40	Prostatahyperplasie	122
5	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	109
6	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	48
7	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	46
8	N30	Zystitis	32



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	N43	Hydrozele und Spermatozele	31
10	N35	Harnröhrenstriktur	21
11	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	19
12	D29	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	18
13	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane	18
14	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	17
15	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	16
16	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	14
17	N21	Stein in den unteren Harnwegen	11
18	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	10
19	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	9
20	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	8
21	I86	Varizen sonstiger Lokalisationen	6
22	R39	Sonstige Symptome, die das Harnsystem betreffen	6
23	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	6
24	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	6
25	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	6
26	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	6
27	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	6
28	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	5
29	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	5
30	N31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	5



B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	749
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	738
3	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	459
4	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	273
5	3-13d.5	Urographie: Retrograd	173
6	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	139
7	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	137
8	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	127
9	5-573.41	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävlinsäure	120
10	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	116
11	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	114
12	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	93
13	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	92
14	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	90
15	5-985.9	Lasertechnik: Holmium-Laser	62
16	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	58
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	56
18	5-553.03	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Laparoskopisch	52



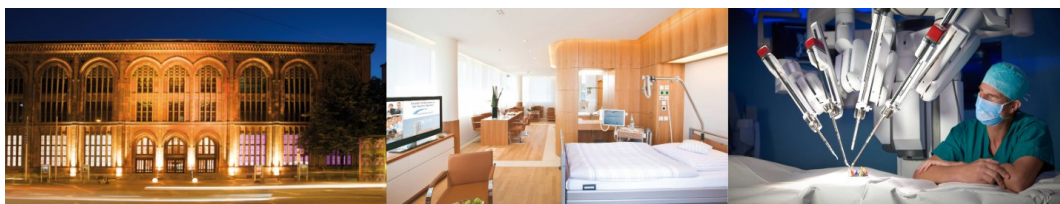
#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	52
20	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	50
21	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	48
22	5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	42
23	5-985.8	Lasertechnik: Thulium-Laser	41
24	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	34
25	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	34
26	5-983	Reoperation	34
27	1-999.2x	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Diagnostische Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	33
28	5-550.30	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Perkutan-transrenal	30
29	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	30
30	5-601.32	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Destruktion durch Hitze: Wasserdampfablation	29

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	815
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	738
3	8-132	Manipulationen an der Harnblase	463
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	436
5	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	273



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	225
7	3-13d	Urographie	175
8	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	159
9	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	158
10	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	117
11	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	116
12	5-985	Lasertechnik	104
13	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	94
14	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	88
15	9-984	Pflegebedürftigkeit	83
16	5-469	Andere Operationen am Darm	61
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	58
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	56
19	5-553	Partielle Resektion der Niere	54
20	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	52
21	5-572	Zystostomie	48
22	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	44
23	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	40
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	38
25	5-983	Reoperation	34
26	8-139	Andere Manipulationen am Harntrakt	32
27	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	31
28	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	31
29	5-611	Operation einer Hydrocele testis	28



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	28

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Urologische Praxis

B-[5].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
2	Privatambulanz	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
3	Privatambulanz	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
4	Privatambulanz	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
5	Privatambulanz	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
6	Privatambulanz	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
7	Privatambulanz	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
8	Privatambulanz	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
9	Privatambulanz	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
10	Privatambulanz	VU18 - Schmerztherapie
11	Privatambulanz	VU14 - Spezialsprechstunde
12	Privatambulanz	VU13 - Tumorchirurgie
13	Privatambulanz	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
14	Privatambulanz	VG16 - Urogynäkologie
15	Urologische Praxis	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
16	Urologische Praxis	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
17	Urologische Praxis	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
18	Urologische Praxis	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems



#	Ambulanz	Leistung
19	Urologische Praxis	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
20	Urologische Praxis	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
21	Urologische Praxis	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
22	Urologische Praxis	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
23	Urologische Praxis	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
24	Urologische Praxis	VU18 - Schmerztherapie
25	Urologische Praxis	VU13 - Tumorchirurgie
26	Urologische Praxis	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
27	Urologische Praxis	VG16 - Urogynäkologie

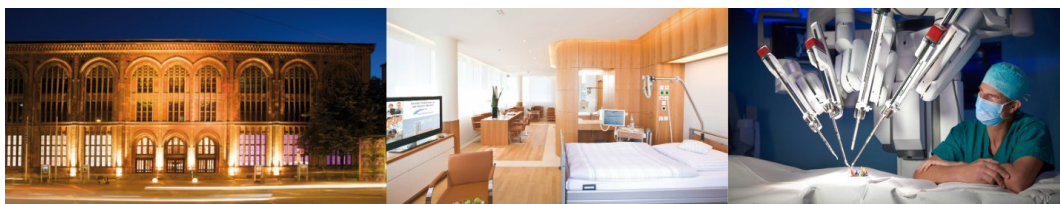
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden in Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum der Klinik und Belegarztpraxen durchgeführt.

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	50
2	5-611	Operation einer Hydrocele testis	20
3	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	19
4	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	12
5	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	7
6	3-13d.5	Urographie: Retrograd	6
7	5-641.0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis: Exzision	4
8	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	4
9	5-629.x	Andere Operationen am Hoden: Sonstige	< 4
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
11	5-579.62	Andere Operationen an der Harnblase: Injektionsbehandlung: Transurethral	< 4



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
12	5-98k.1	Art des Zystoskops: Flexibles Einmal-Zystoskop	< 4
13	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
14	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	< 4
15	5-560.2	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, transurethral	< 4
16	1-460.1	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Ureter	< 4
17	5-892.0c	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Leisten- und Genitalregion	< 4
18	5-649.0	Andere Operationen am Penis: Inzision	< 4
19	5-985.8	Lasertechnik: Thulium-Laser	< 4
20	5-640.5	Operationen am Präputium: Lösung von Präputialverklebungen	< 4
21	5-641	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis	< 4
22	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	< 4
23	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	< 4
24	5-059.a0	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Eine Elektrode	< 4
25	1-463.3	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen: Penis	< 4
26	1-460.4	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Prostata	< 4
27	1-463.10	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen: Prostata: Stanzbiopsie	< 4
28	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	< 4
29	5-039.a2	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Eine epidurale Stabelektrode	< 4
30	1-999.41	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Flexibles Einmal-Zystoskop	< 4



B-[5].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	50
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	38
3	5-611	Operation einer Hydrocele testis	20
4	3-13d	Urographie	6
5	5-641	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis	6
6	5-640	Operationen am Präputium	5
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
8	5-629	Andere Operationen am Hoden	< 4
9	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	< 4
10	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	< 4
11	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	< 4
12	5-98k	Art des Zystoskops	< 4
13	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
14	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
15	1-463	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen	< 4
16	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	< 4
17	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	< 4
18	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	< 4
19	5-649	Andere Operationen am Penis	< 4
20	5-985	Lasertechnik	< 4
21	1-563	Biopsie an Prostata und periprostaticem Gewebe durch Inzision	< 4
22	1-562	Biopsie an anderen Harnorganen durch Inzision	< 4
23	1-565	Biopsie am Hoden durch Inzision	< 4
24	5-983	Reoperation	< 4
25	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	< 4



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	< 4
27	1-462	Perkutan-zystoskopische Biopsie an Harnorganen und Prostata	< 4
28	5-624	Orchidopexie	< 4
29	5-059	Andere Operationen an Nerven und Ganglien	< 4
30	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	< 4

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		11,45	Fälle je VK/Person	128,338425
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,64	Stationär	9,81

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,13	Fälle je VK/Person	275,49234
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,56	Stationär	4,57

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt		4	Fälle je VK/Person	314,75
--------	--	---	--------------------	--------



B-[5].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF04 - Andrologie
2	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		11,84	Fälle je VK/Person	106,334457
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,58	Ohne	2,26
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,84

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

Gesamt		0,13	Fälle je VK/Person	9684,616
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,13

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,56	Fälle je VK/Person	2248,21436
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,55	Ohne	0,01
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,56



Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,77	Fälle je VK/Person	1635,065
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,77

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,7	Fälle je VK/Person	1798,57141
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,48	Ohne	0,22
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,7

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ02 - Diplom
3	PQ01 - Bachelor
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	ZP05 - Entlassungsmanagement
6	ZP06 - Ernährungsmanagement



#	Zusatzqualifikation
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP09 - Kontinenzmanagement
9	ZP13 - Qualitätsmanagement
10	ZP14 - Schmerzmanagement
11	ZP15 - Stomamanagement
12	ZP18 - Dekubitusmanagement
13	ZP19 - Sturzmanagement



B-[6] Innere Medizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[6].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Gastroenterologische Onkologie
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Holger Seidl
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	gastro@isarklinikum.de
Strasse	Sonnenstraße
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://gastroenterologie.isarklinikum.de/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Gastroenterologische Onkologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Ochsenkühn
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	chirurgie@isarklinikum.de



Strasse	Sonnenstr.
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://gastroenterologie.isarklinikum.de/

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

Bei Vereinbarungen von Verträgen mit leitenden Ärzten haben sich die Bundesärztekammer (BÄK) und die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen darauf geeinigt die Empfehlung nach §136a SGB V um folgenden Passus zu ergänzen:

"Damit die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gewahrt bleibt, dürfen finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden. Dies gilt auch für Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregation oder Case-Mix-Volumina".

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
3	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
4	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
5	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
6	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
7	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
8	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
9	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten



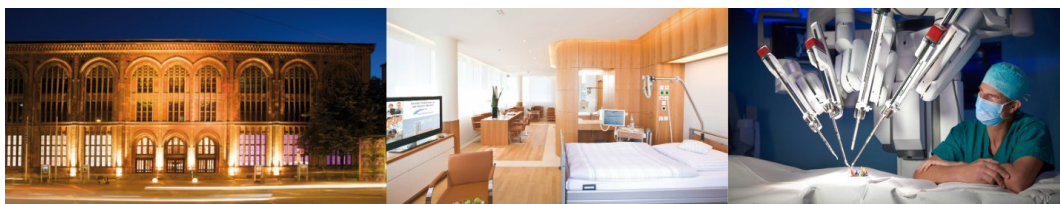
#	Medizinische Leistungsangebote
10	VI20 - Intensivmedizin
11	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
12	VI26 - Naturheilkunde
13	VI27 - Spezialsprechstunde
14	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
15	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
16	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
17	VI35 - Endoskopie
18	VI38 - Palliativmedizin
19	VI40 - Schmerztherapie
20	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
21	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
22	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
23	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
24	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien

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

Vollstationäre Fallzahl	1090
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit	88
2	K51.8	Sonstige Colitis ulcerosa	58
3	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	48
4	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	45



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
5	D12.6	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	38
6	D12.3	Gutartige Neubildung: Colon transversum	26
7	K22.2	Ösophagusverschluss	22
8	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	22
9	K63.5	Polyp des Kolons	19
10	D13.2	Gutartige Neubildung: Duodenum	18
11	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	18
12	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	17
13	D12.5	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum	15
14	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	13
15	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	13
16	D12.8	Gutartige Neubildung: Rektum	12
17	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	11
18	K50.82	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend	11
19	K83.1	Verschluss des Gallenganges	10
20	K59.9	Funktionelle Darmstörung, nicht näher bezeichnet	10
21	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	10
22	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	9
23	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	9
24	D37.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Leber, Gallenblase und Gallengänge	9
25	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	9
26	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	9
27	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	9



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
28	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	8
29	D12.4	Gutartige Neubildung: Colon descendens	8
30	K31.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums	8

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	195
2	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	107
3	K51	Colitis ulcerosa	72
4	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	39
5	K57	Divertikulose des Darmes	37
6	K80	Cholelithiasis	36
7	K29	Gastritis und Duodenitis	36
8	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	31
9	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	29
10	D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	26
11	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	24
12	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	24
13	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	21
14	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	16
15	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	15
16	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	15
17	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	15
18	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	15
19	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	14



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
20	C16	Bösartige Neubildung des Magens	13
21	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	13
22	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	13
23	D50	Eisenmangelanämie	12
24	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	12
25	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	11
26	K70	Alkoholische Leberkrankheit	10
27	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	9
28	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	9
29	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	8
30	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	8

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	682
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	599
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	585
4	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	398
5	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	324
6	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	232
7	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	213
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	172
9	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	146
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	133

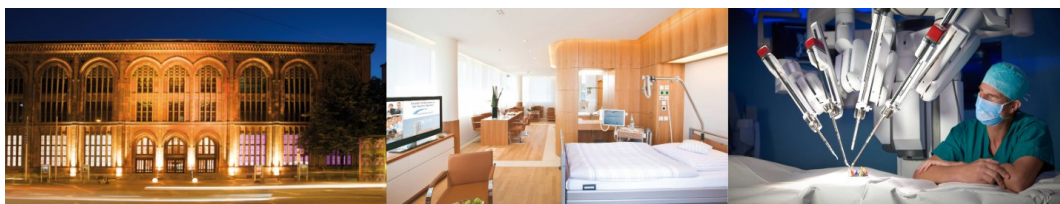


#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	127
12	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	93
13	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	82
14	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	82
15	5-452.a0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser: 1 Polyp	76
16	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	74
17	3-056	Endosonographie des Pankreas	72
18	3-053	Endosonographie des Magens	64
19	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	61
20	3-051	Endosonographie des Ösophagus	55
21	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	54
22	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	50
23	8-547.1	Andere Immuntherapie: Mit modifizierten Antikörpern	47
24	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	46
25	3-054	Endosonographie des Duodenums	44
26	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	42
27	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	41
28	3-843.0	Magnetresonananz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	40
29	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	40
30	1-653	Diagnostische Proktoskopie	38



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	698
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	664
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	599
4	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	415
5	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	398
6	5-469	Andere Operationen am Darm	378
7	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	355
8	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	213
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	172
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	133
11	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	127
12	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	127
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	86
14	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	82
15	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	82
16	3-056	Endosonographie des Pankreas	72
17	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	68
18	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	65
19	3-053	Endosonographie des Magens	64
20	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	63
21	3-051	Endosonographie des Ösophagus	55
22	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	50
23	8-547	Andere Immuntherapie	50
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	49



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
25	3-054	Endosonographie des Duodenums	44
26	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	43
27	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	40
28	3-843	Magnetresonanzt-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	40
29	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	39
30	5-449	Andere Operationen am Magen	39

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Gastroenterologische Privatambulanz
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Gastroenterologische Ambulanz

B-[6].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Gastroenterologische Ambulanz	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
2	Gastroenterologische Ambulanz	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
3	Gastroenterologische Ambulanz	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	Gastroenterologische Ambulanz	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
5	Gastroenterologische Ambulanz	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
6	Gastroenterologische Ambulanz	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
7	Gastroenterologische Ambulanz	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
8	Gastroenterologische Ambulanz	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs



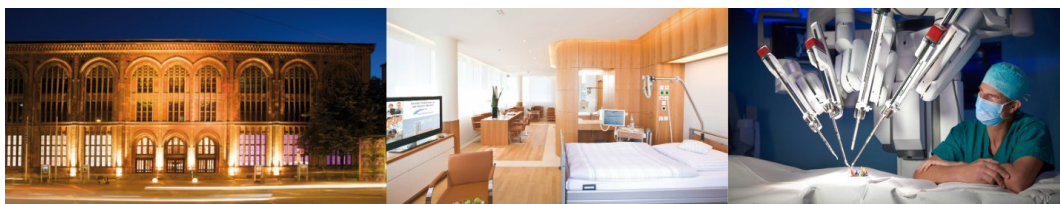
#	Ambulanz	Leistung
9	Gastroenterologische Ambulanz	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
10	Gastroenterologische Ambulanz	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
11	Gastroenterologische Ambulanz	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
12	Gastroenterologische Ambulanz	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
13	Gastroenterologische Ambulanz	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
14	Gastroenterologische Ambulanz	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
15	Gastroenterologische Ambulanz	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
16	Gastroenterologische Ambulanz	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
17	Gastroenterologische Ambulanz	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
18	Gastroenterologische Ambulanz	VI35 - Endoskopie
19	Gastroenterologische Ambulanz	VI26 - Naturheilkunde
20	Gastroenterologische Ambulanz	VI38 - Palliativmedizin
21	Gastroenterologische Ambulanz	VI27 - Spezialsprechstunde
22	Gastroenterologische Privatambulanz	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
23	Gastroenterologische Privatambulanz	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
24	Gastroenterologische Privatambulanz	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
25	Gastroenterologische Privatambulanz	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
26	Gastroenterologische Privatambulanz	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
27	Gastroenterologische Privatambulanz	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
28	Gastroenterologische Privatambulanz	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
29	Gastroenterologische Privatambulanz	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs



#	Ambulanz	Leistung
30	Gastroenterologische Privatambulanz	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
31	Gastroenterologische Privatambulanz	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
32	Gastroenterologische Privatambulanz	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
33	Gastroenterologische Privatambulanz	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
34	Gastroenterologische Privatambulanz	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
35	Gastroenterologische Privatambulanz	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
36	Gastroenterologische Privatambulanz	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
37	Gastroenterologische Privatambulanz	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
38	Gastroenterologische Privatambulanz	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
39	Gastroenterologische Privatambulanz	VI35 - Endoskopie
40	Gastroenterologische Privatambulanz	VI26 - Naturheilkunde
41	Gastroenterologische Privatambulanz	VI38 - Palliativmedizin
42	Gastroenterologische Privatambulanz	VI27 - Spezialsprechstunde

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

Ambulante Operationen werden in Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum der Klinik und Belegarztpraxen durchgeführt.



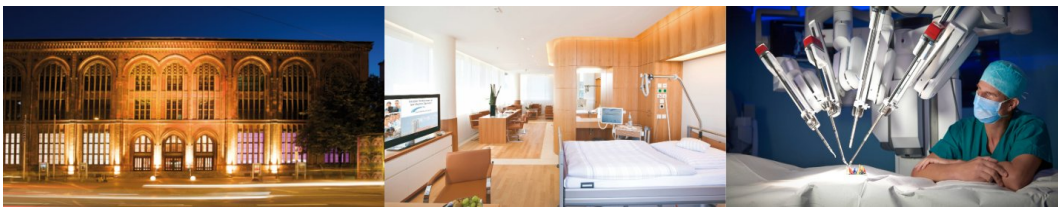
#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1364
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	1341
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	1262
4	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	522
5	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	260
6	3-058	Endosonographie des Rektums	222
7	1-651	Diagnostische Sigmoideoskopie	123
8	3-053	Endosonographie des Magens	119
9	3-051	Endosonographie des Ösophagus	111
10	3-056	Endosonographie des Pankreas	100
11	1-653	Diagnostische Proktoskopie	91
12	3-054	Endosonographie des Duodenums	81
13	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	63
14	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	60
15	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	34
16	1-313	Ösophagusmanometrie	28
17	1-636.0	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Einfach (durch Push-Technik)	26
18	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	25
19	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	22
20	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	17
21	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	13
22	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	11
23	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	9



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
24	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	7
25	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	7
26	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	6
27	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	5
28	1-445	Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt	4
29	5-493.0	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur	4
30	5-452.a0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser: 1 Polyp	< 4

B-[6].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1364
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1342
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1298
4	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	522
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	282
6	3-058	Endosonographie des Rektums	222
7	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	123
8	3-053	Endosonographie des Magens	119
9	3-051	Endosonographie des Ösophagus	111
10	3-056	Endosonographie des Pankreas	100
11	1-653	Diagnostische Proktoskopie	91



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	3-054	Endosonographie des Duodenums	81
13	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	63
14	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	60
15	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	33
16	1-313	Ösophagusmanometrie	28
17	5-469	Andere Operationen am Darm	26
18	1-636	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)	26
19	9-984	Pflegebedürftigkeit	18
20	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	17
21	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	13
22	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	4
23	1-445	Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt	4
24	5-449	Andere Operationen am Magen	< 4
25	5-489	Andere Operation am Rektum	< 4
26	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	< 4
27	1-447	Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas	< 4
28	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
29	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4
30	5-422	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus	< 4

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung



B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		10,74	Fälle je VK/Person	101,489761
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,74

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,5	Fälle je VK/Person	198,181824
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,5

B-[6].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

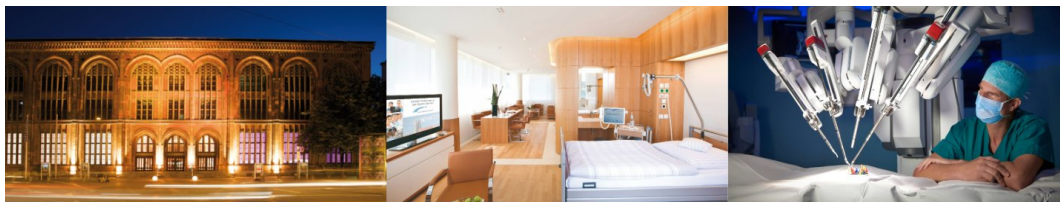
B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF34 - Proktologie
3	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie

B-[6].11.2 Pflegepersonal

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

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



Gesamt		7,55	Fälle je VK/Person	144,370865
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,11	Ohne	1,44
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,55

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

Gesamt		0,09	Fälle je VK/Person	12111,11
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,09

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,36	Fälle je VK/Person	3027,77759
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,35	Ohne	0,01
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,36

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,49	Fälle je VK/Person	2224,48975
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,49

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,45	Fälle je VK/Person	2422,22217
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,31	Ohne	0,14
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,45

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches



#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
2	PQ02 - Diplom
3	PQ01 - Bachelor
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	ZP06 - Ernährungsmanagement
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP09 - Kontinenzmanagement
8	ZP13 - Qualitätsmanagement
9	ZP14 - Schmerzmanagement
10	ZP15 - Stomamanagement
11	ZP18 - Dekubitusmanagement
12	ZP19 - Sturzmanagement
13	ZP05 - Entlassungsmanagement



B-[7] Anästhesie/ Intensivmedizin

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesie/ Intensivmedizin

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[7].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Lackermeier
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	praemedikation@isarklinikum.de
Strasse	Sonnenstraße
Hausnummer	24-26
PLZ	80331
Ort	München
URL	https://anaesthesie.isarklinikum.de/

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marc Christopher Müller
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	praemedikation@isarklinikum.de
Strasse	Sonnenstraße
Hausnummer	24-26



PLZ	80331
Ort	München
URL	https://anaesthesie.isarklinikum.de/

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

Bei Vereinbarungen von Verträgen mit leitenden Ärzten haben sich die Bundesärztekammer (BÄK) und die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen darauf geeinigt die Empfehlung nach §136a SGB V um folgenden Passus zu ergänzen:

"Damit die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gewahrt bleibt, dürfen finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden. Dies gilt auch für Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregation oder Case-Mix-Volumina".

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
2	VC71 - Notfallmedizin
3	VI20 - Intensivmedizin
4	VI42 - Transfusionsmedizin
5	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
6	VI40 - Schmerztherapie
7	VI00 - („Sonstiges“): Beatmungsmedizin, Krankenhaushygiene, Antibiotic Stewardship
8	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern



B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Anästhesie im Isar Klinikum

B-[7].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Anästhesie im Isar Klinikum	VR00 - („Sonstiges“)

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		31,95	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	31,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,27	Stationär	27,68

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		13,08	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,27	Stationär	8,81

B-[7].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie



B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[7].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		20,83	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,33	Ohne	3,5
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	20,83

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,37	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	0,37
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,37

B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege



#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ12 - Notfallpflege

B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP13 - Qualitätsmanagement
3	ZP08 - Kinästhetik



C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher - Implantation	
Fallzahl	31
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	31
09/2 - Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	
Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6
09/3 - Herzschrittmacher - Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	
Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	9
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	
Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6
09/6 - Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	19
Dokumentationsrate	100



Anzahl Datensätze Standort	18
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	253
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	253
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	83
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	83
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	19
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	19
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	125
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	125
HEP_IMP - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	125
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	125
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	188
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	188
KEP_IMP - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	184
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	184
KEP_WE - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	
Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100



Anzahl Datensätze Standort	4
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	11
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	11
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	94
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	94
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	333
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	333

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige



	Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,12 - 100,00

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem



Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

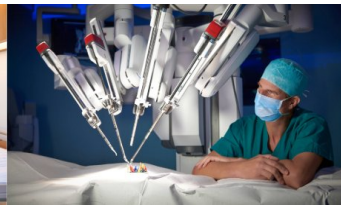
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,12 - 100,00

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

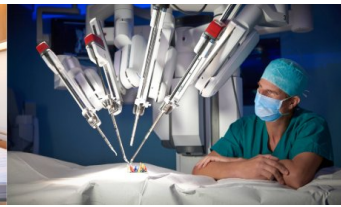
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
<p>Einheit</p>	<p>%</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>98,07</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>97,84 - 98,27</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>-</p>

4. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

<p>Ergebnis-ID</p>	<p>231900</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>TKez</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>DeQS</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen</p>



	sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren
--------------------------	---



	gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 100,00

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%



Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 100,00

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10

7. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

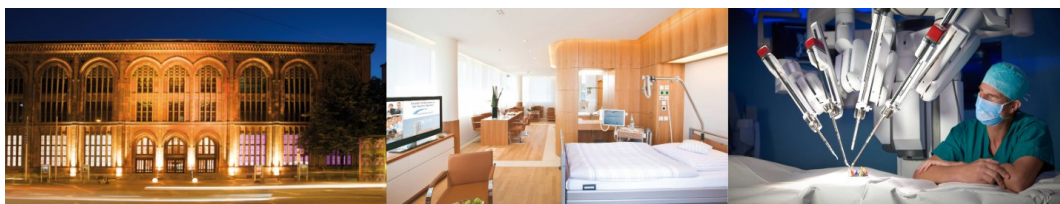
Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

8. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden)



individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>



Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,10

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,68

9. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75



Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0

10. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich bundesweit	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 100,00

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10

11. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)



Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,87



Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,81

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

12. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,49



Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,12 - 100,00

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11

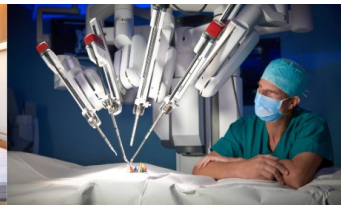
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG



Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

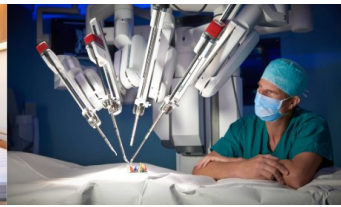
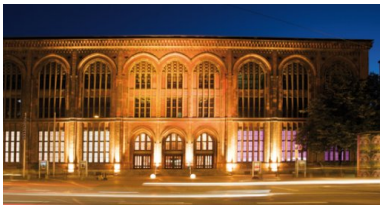
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,71

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,77

Referenzbereich	<= 1,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase



Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>



Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,78

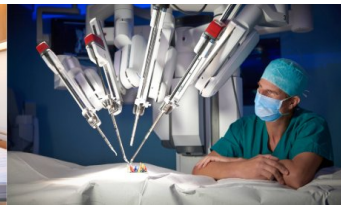
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,42

Referenzbereich	<= 3,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

15. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei



Fachlicher Hinweis IQTIG

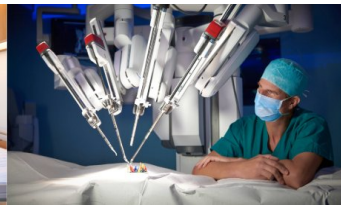
Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 7,46

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 3,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

16. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase



Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>



Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 10,29

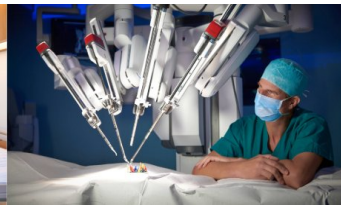
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 2,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

17. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei



Fachlicher Hinweis IQTIG

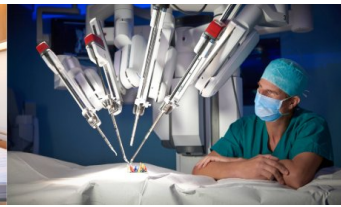
Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 6,77

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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



Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen</p>



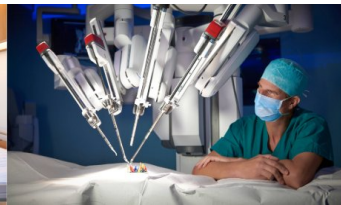
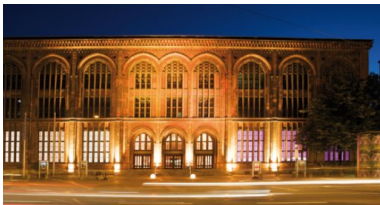
	Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 0,39

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

19. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige



	Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,04

Grundgesamtheit	10636
Beobachtete Ereignisse	0

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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



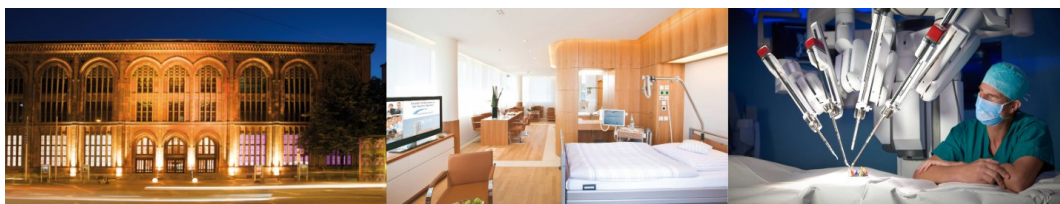
	<p>von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,04

Grundgesamtheit	10636
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

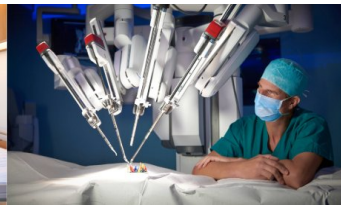


	sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

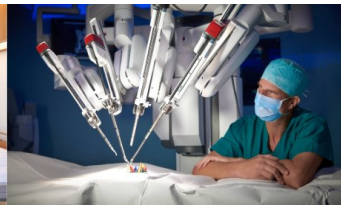
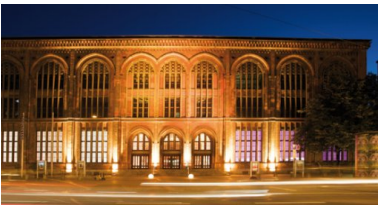


Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die</p>
---------------------------------	--

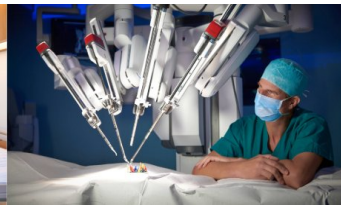


	Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,19
Vertrauensbereich bundesweit	6,79 - 7,61
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

24. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten,



Fachlicher Hinweis IQTIG

dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39



Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

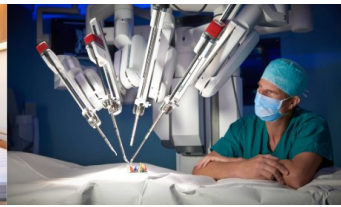
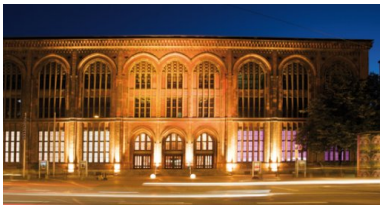
Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>



Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,68 - 13,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,86 - 13,13

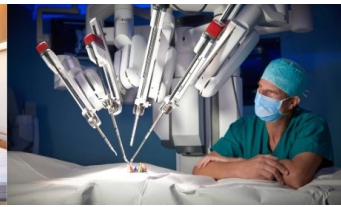


Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

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

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

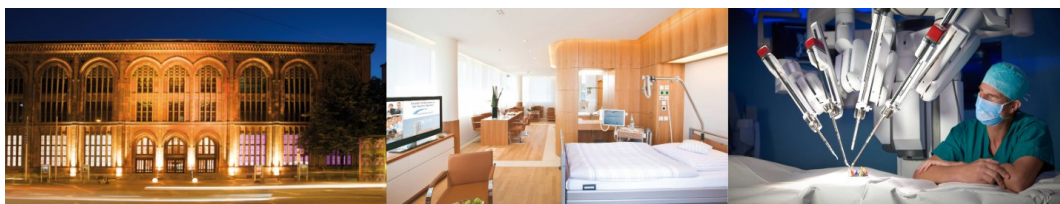


arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,32 - 4,09

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 4,18
-----------------	---------



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

28. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,07 - 3,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------



Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 7,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
--------------------------	--



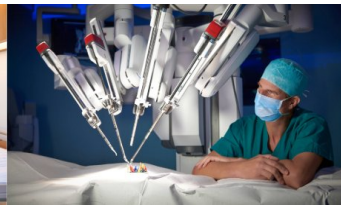
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,18

Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

30. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-



	arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	19,49
Vertrauensbereich bundesweit	18,72 - 20,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

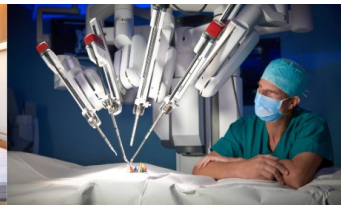
Referenzbereich	<= 40,38 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des



Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	88,51
Vertrauensbereich bundesweit	88,16 - 88,84
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,82 - 100,00
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	38
Referenzbereich	>= 74,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
<p>32. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen



Fachlicher Hinweis IQTIG

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,59



Grundgesamtheit	134
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,42

Referenzbereich	<= 2,49 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum



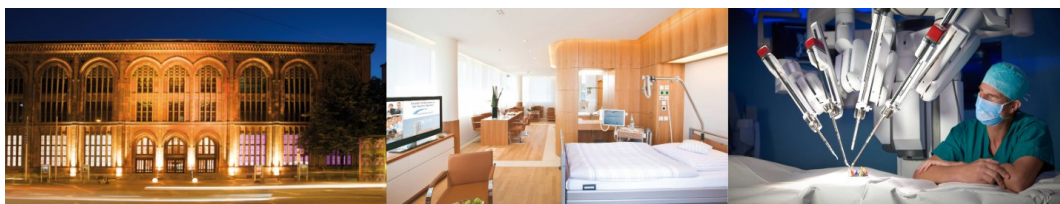
Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,47
Vertrauensbereich bundesweit	1,40 - 1,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

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



Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,21
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren



Fachlicher Hinweis IQTIG

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,37

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

36. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des



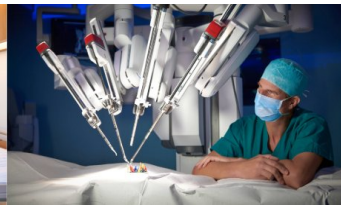
Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,96
Vertrauensbereich bundesweit	8,75 - 9,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum



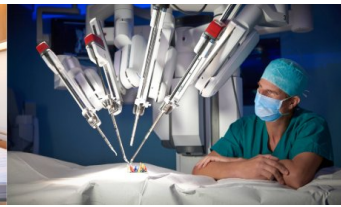
Fachlicher Hinweis IQTIG

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,63

Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,49

Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10



Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
---	-------------

38. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>



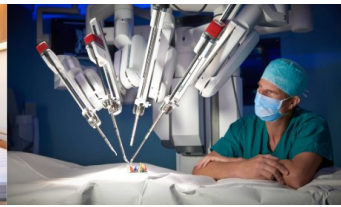
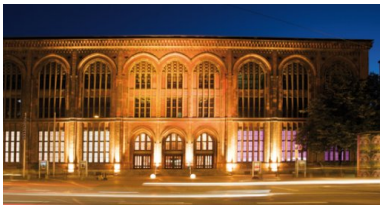
	können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,12

Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19

Referenzbereich	<= 4,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere



Fachlicher Hinweis IQTIG

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,35
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 1,37
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,44

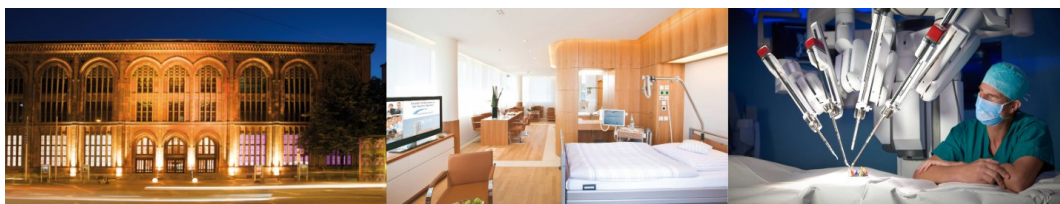
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz



Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

40. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen</p>



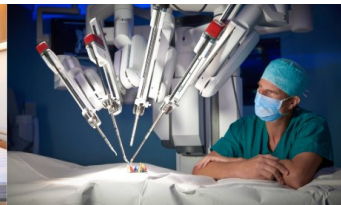
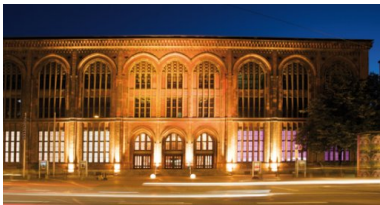
	sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,28

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis



Fachlicher Hinweis IQTIG

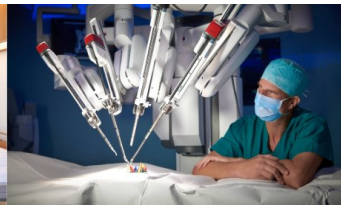
systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

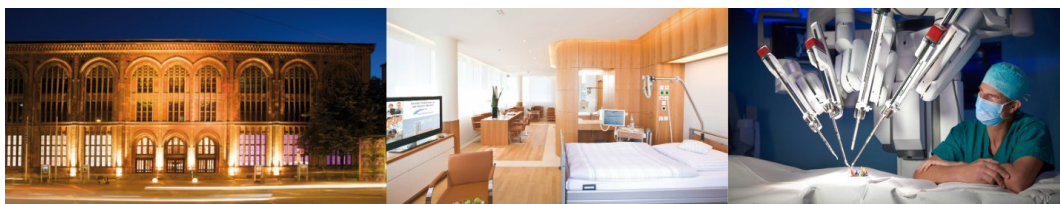
Referenzbereich	<= 3,29 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54018
--------------------	--------------



Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 26,34



Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

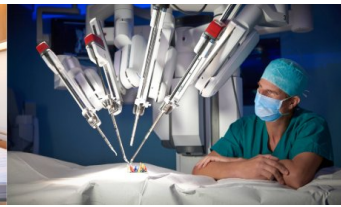
Referenzbereich	<= 2,58 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

43. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als



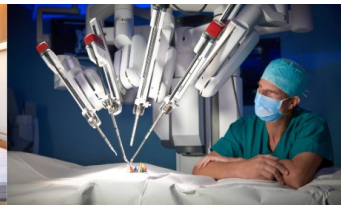
	auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,44

Grundgesamtheit	125
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,59

Referenzbereich	<= 2,86 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

44. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum



Fachlicher Hinweis IQTIG

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Referenzbereich	<= 2,59 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01



Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

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

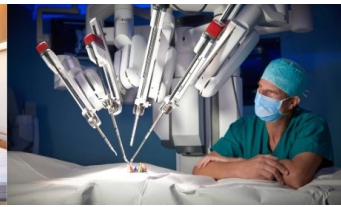
Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

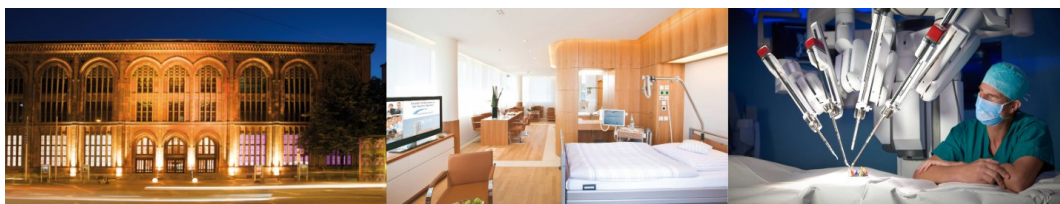
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen



Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>



Bundesergebnis	0,64
Vertrauensbereich bundesweit	0,61 - 0,68
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,68

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,50

Referenzbereich	<= 2,20 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-



	arbeiten/grundlagen/standard-titel/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

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

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

Ergebnis-ID	132001
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen



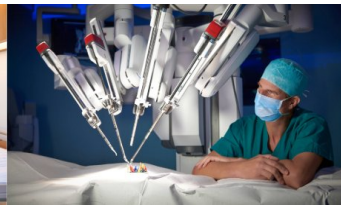
Fachlicher Hinweis IQTIG

werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 47,05

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar



Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>



	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 281,25

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 5,76 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,34



Vertrauensbereich bundesweit	94,83 - 95,79
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

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

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

Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-</p>



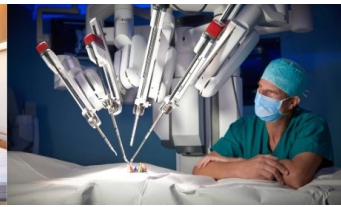
	Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 58,62

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

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

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

Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im



Fachlicher Hinweis IQTIG

sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei 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 Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kran-kenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,01
Vertrauensbereich bundesweit	96,88 - 97,13
Rechnerisches Ergebnis	96,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,26 - 99,45

Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	31

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar



Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>



	können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	35,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,21 - 73,88

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 5,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der



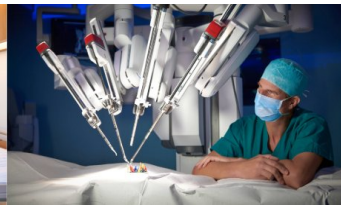
Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,32
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die



Fachlicher Hinweis IQTIG

Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,94

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13



Referenzbereich	<= 4,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

56. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%



Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,32 - 0,71
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

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

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

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%



Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

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

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

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit



Fachlicher Hinweis IQTIG

einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

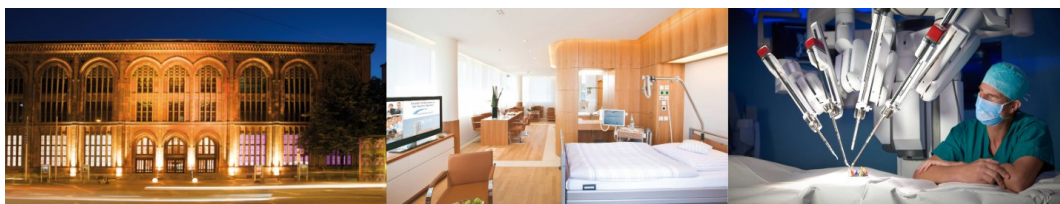
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	0,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 2,68

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 2,78 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers



Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde	
Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers



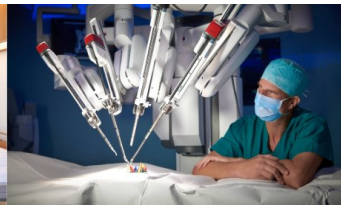
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,30 - 97,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

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

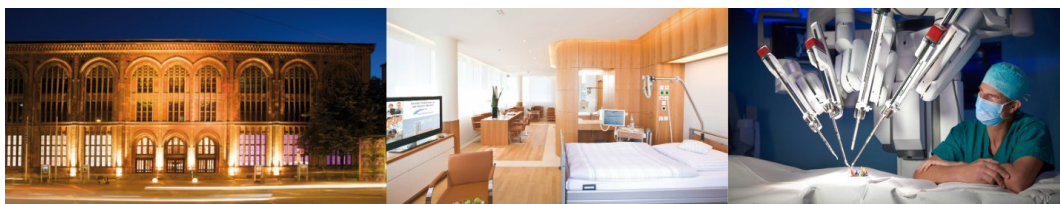
Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis



Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,06

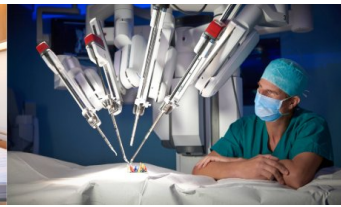


Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,91

Referenzbereich	<= 2,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

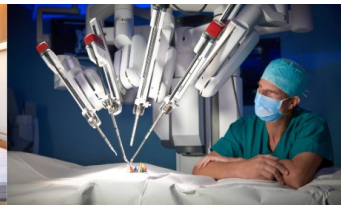
einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 51,74

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07

Referenzbereich	<= 5,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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



Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>



	vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,37

Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33

Referenzbereich	<= 3,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität



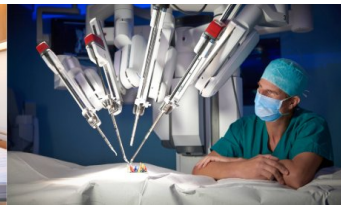
Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Einheit	%
Bundesergebnis	96,45
Vertrauensbereich bundesweit	96,38 - 96,52
Rechnerisches Ergebnis	95,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,38 - 98,16

Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	112

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



Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
---	-------------

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

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</p>



	arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	2,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 10,67

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

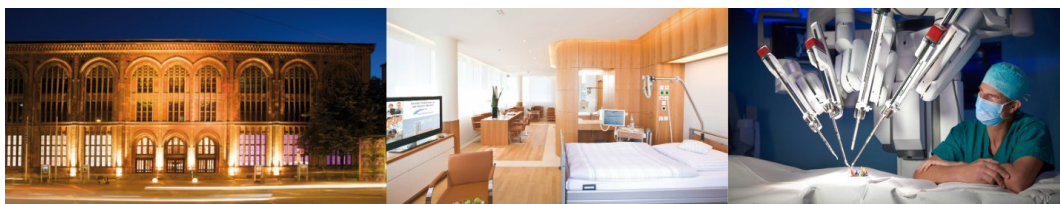
Referenzbereich	<= 4,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
<p>Einheit</p>	<p>%</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>2,93</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>2,80 - 3,07</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>0,00</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>0,00 - 12,87</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>26</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p><= 10,00 %</p>
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>67. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>121800</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>DeQS</p>
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung</p>

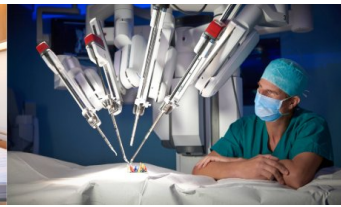


<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
<p>Einheit</p>	<p>%</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>0,88</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,70 - 1,10</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>-</p>

<p>Grundgesamtheit</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>

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

<p>68. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>51404</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>DeQS</p>
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 30,98

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------



Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 4,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

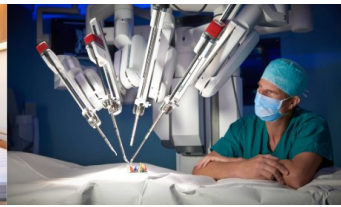
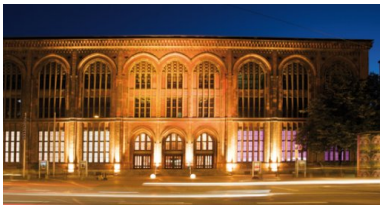
Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,58 - 1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

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

Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI



Bezug zum Verfahren	DeQS
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,00</p>



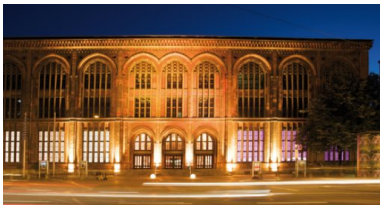
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,33

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,31

Referenzbereich	<= 3,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

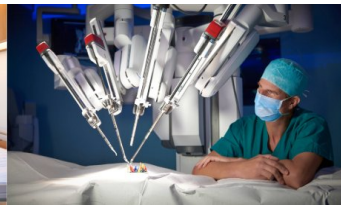
Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,34

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,15

72. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
<p>Einheit</p>	<p>%</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>82,12</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>81,69 - 82,55</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>-</p>

<p>Grundgesamtheit</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Kommentar Krankenhaus</p>	<p>Alle unsere Patienten wurden nach der Prozedur einer fachneurologischen Untersuchung zugeführt. Zuvor erfolgte diese in Kooperation mit einem niedergelassenen Neurologen im ambulanten Setting unmittelbar nach Entlassung. Um die Versorgung zu optimieren, wurde das Vorgehen angepasst: Der Neurologe kommt nun regelmäßig ins Haus, um die Patienten direkt vor Ort zu untersuchen.</p>

<p>Referenzbereich</p>	<p>>= 80,00 %</p>
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>A71</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

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

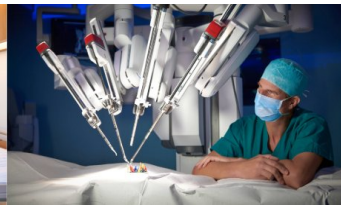


Ergebnis-ID	162301
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,25 - 1,65
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53

Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	162304
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
<p>Einheit</p>	<p>%</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,84</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>1,42 - 2,38</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>-</p>

75. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

<p>Ergebnis-ID</p>	<p>51437</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>DeQS</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im</p>

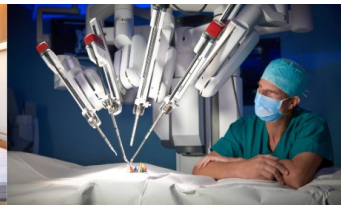


	sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,65 - 98,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

76. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51443
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link

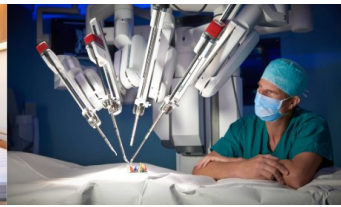
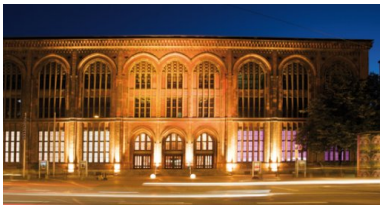


	entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,29
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu</p>



	dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,75
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 2,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

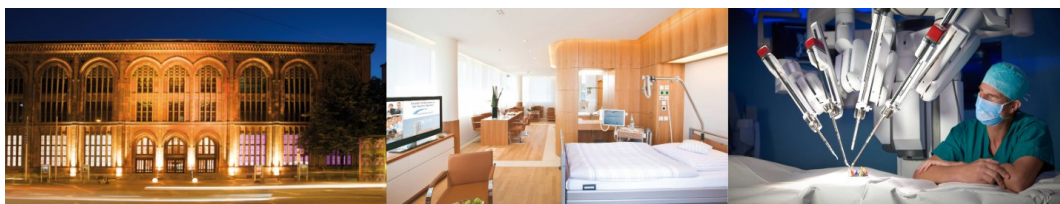
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen</p>
--------------------------	---



	können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,32
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 4,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%

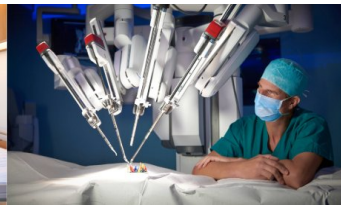


Bundesergebnis	3,22
Vertrauensbereich bundesweit	2,87 - 3,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

80. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

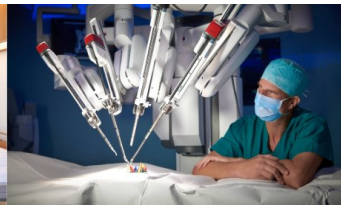
Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>



Einheit	%
Bundesergebnis	3,93
Vertrauensbereich bundesweit	3,20 - 4,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

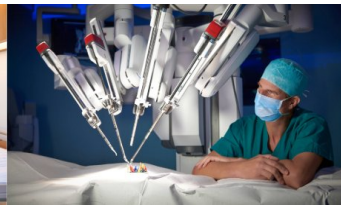
Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen</p>



	Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

82. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt



Fachlicher Hinweis IQTIG

an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Referenzbereich	<= 2,77 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI



Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	12,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,66 - 20,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
84. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	603
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)



Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,19
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,32
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,47 - 100,00
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
85. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten



	Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,67
Vertrauensbereich bundesweit	99,52 - 99,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

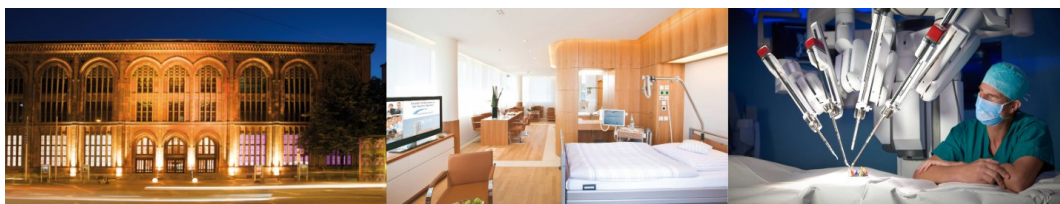
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war



Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,56
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0

87. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte



Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,60 - 3,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	54028
--------------------	--------------



Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,43
Vertrauensbereich bundesweit	1,36 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,53



Grundgesamtheit	186
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,50

Referenzbereich	<= 4,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

89. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,53
Vertrauensbereich bundesweit	99,47 - 99,58
Rechnerisches Ergebnis	100,00



Vertrauensbereich Krankenhaus	87,13 - 100,00
-------------------------------	----------------

Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	26

Referenzbereich	>= 97,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

90. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID	212000
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,18
Vertrauensbereich bundesweit	94,65 - 95,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	-



Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	>= 84,93 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verbessert

91. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID	212001
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	87,40
Vertrauensbereich bundesweit	86,97 - 87,81
Rechnerisches Ergebnis	66,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	30,00 - 90,32



Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	4

Referenzbereich	>= 63,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

92. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der</p>
---------------------------------	--



	anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

93. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der



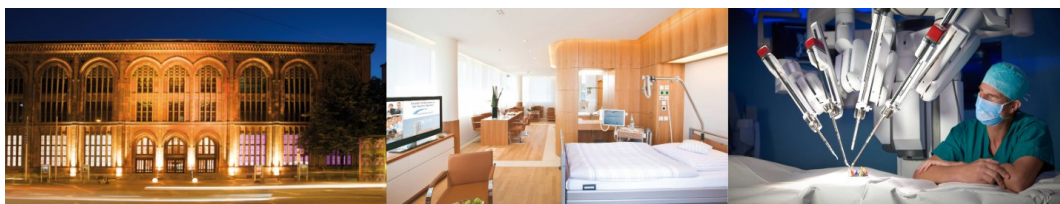
Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,80
Vertrauensbereich bundesweit	2,40 - 3,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen
--------------------------	---



können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,86
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

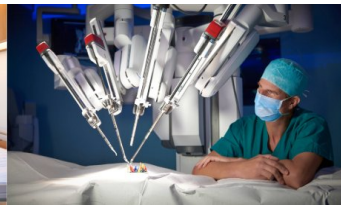
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 4,76 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

95. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der



Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,49
Vertrauensbereich bundesweit	98,40 - 98,58
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,30 - 100,00

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	29

Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

96. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte



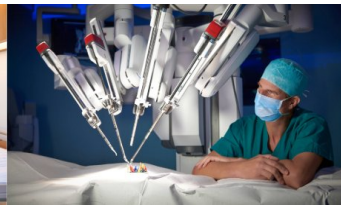
	Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,43
Vertrauensbereich bundesweit	97,24 - 97,60
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,09 - 100,00

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9

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

97. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte



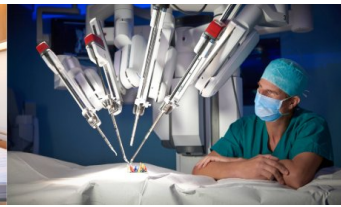
Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,05
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert



98. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p>



	https://www.g-ba.de/richtlinien/91/
Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,36 - 99,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</p>
--------------------------	--



	arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	79,67
Vertrauensbereich bundesweit	79,20 - 80,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	>= 73,47 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des



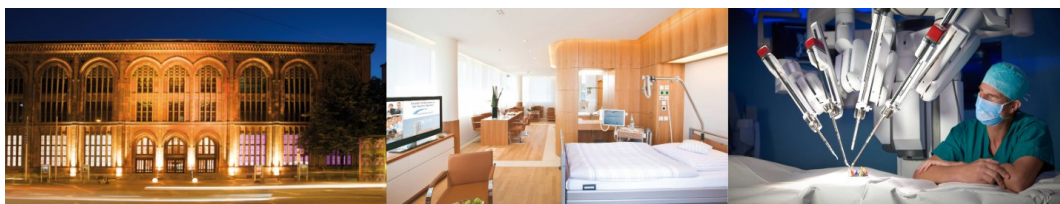
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,70 - 2,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 3,57 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

101. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56005
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des



Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	1,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,32 - 1,55

Grundgesamtheit	268
Beobachtete Ereignisse	518225
Erwartete Ereignisse	372367,50

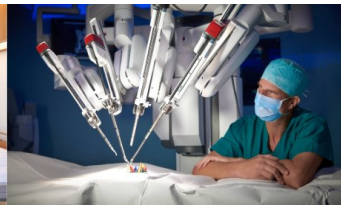
Referenzbereich	<= 1,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

102. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

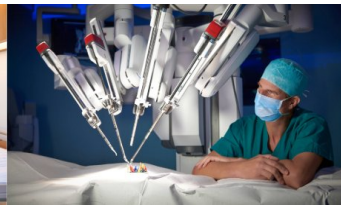
Ergebnis-ID	56007
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI



Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 1,40
Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	355287
Erwartete Ereignisse	294069,44
Referenzbereich	<= 1,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
103. Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt	
Ergebnis-ID	56008



Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,20
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,71
Grundgesamtheit	352
Beobachtete Ereignisse	0
Referenzbereich	<= 0,14 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert



Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

104. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56012
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>
---------------------------------	--



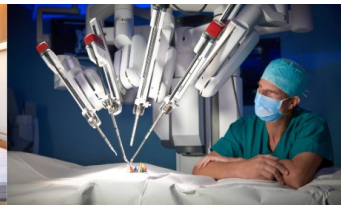
	können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 2,82

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 1,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

105. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte



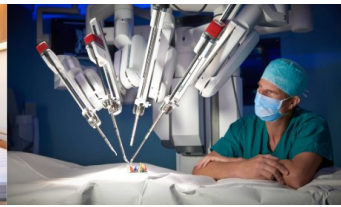
	Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,01
Vertrauensbereich bundesweit	94,79 - 95,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	>= 94,19 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

106. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56018
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der



Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,71



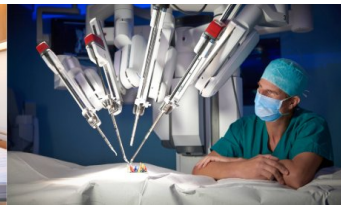
Grundgesamtheit	219
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,47

Referenzbereich	<= 1,03 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

107. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56020
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als



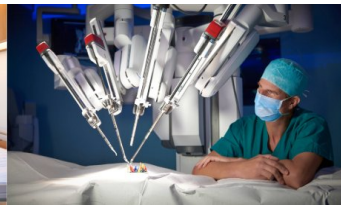
Fachlicher Hinweis IQTIG

auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 1,72

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 1,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert



108. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56022
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den</p>



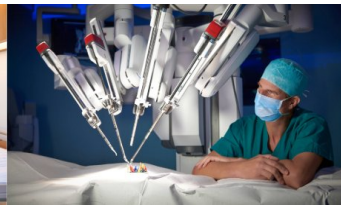
	<p>Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	3,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,34 - 14,52

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 1,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung



Fachlicher Hinweis IQTIG

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,13
----------------	------



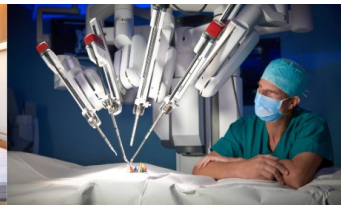
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	2,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,87 - 7,89

Grundgesamtheit	18
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-



Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 1,73

Grundgesamtheit	68
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99

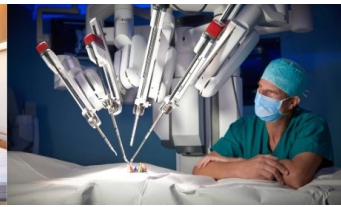


Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle

Ergebnis-ID	56102
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der</p>



Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

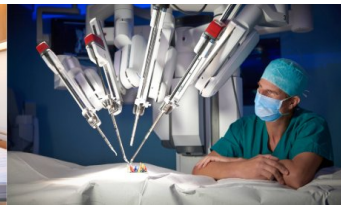
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	92,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,43 - 97,63

Grundgesamtheit	60
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von



Fachlicher Hinweis IQTIG

guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qj-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen



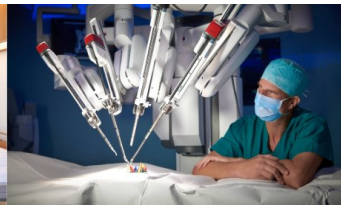
	Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,89
Rechnerisches Ergebnis	94,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,47 - 96,47

Grundgesamtheit	97
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität



Fachlicher Hinweis IQTIG

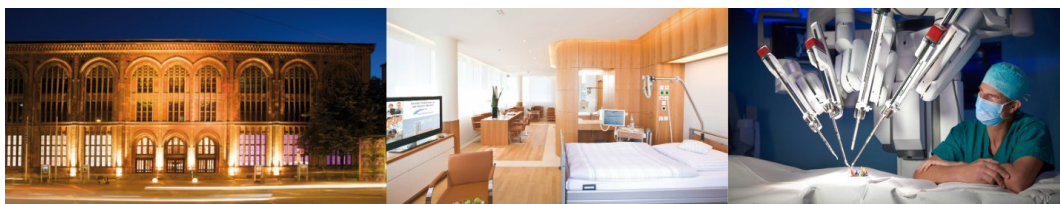
vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qipatientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	91,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,57 - 93,05

Grundgesamtheit	97
-----------------	----

	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur
--	---



Referenzbereich	Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu</p>



	<p>Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	90,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,57 - 91,35
Grundgesamtheit	97
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
115. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert	
Ergebnis-ID	56106



Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste</p>



	vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,75
Rechnerisches Ergebnis	80,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,95 - 83,07

Grundgesamtheit	86
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

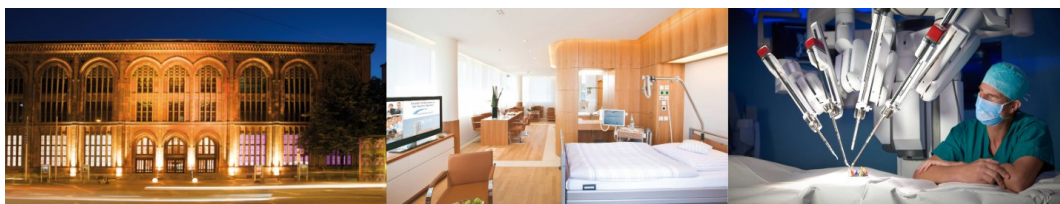
Ergebnis-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die



Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qj-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	98,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,94 - 99,86



Grundgesamtheit	75
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

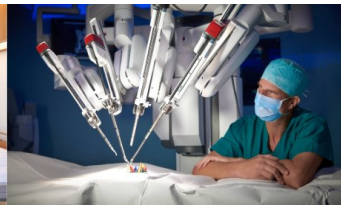
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,81
Rechnerisches Ergebnis	90,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,04 - 93,58

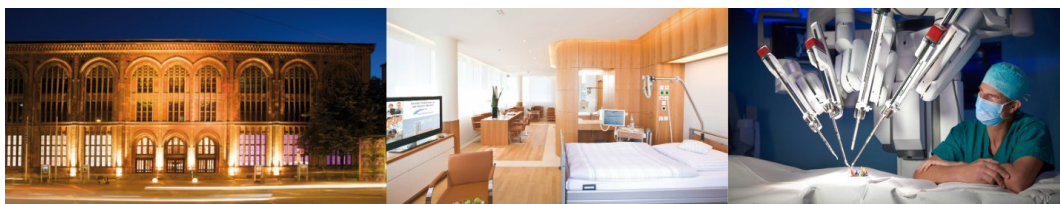
Grundgesamtheit	86
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

118. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor



Ergebnis-ID	56109
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der</p>



	Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,84
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,84
Rechnerisches Ergebnis	82,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,32 - 86,90

Grundgesamtheit	86
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

119. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des



Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qj-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,91



Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	96,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,90 - 99,06

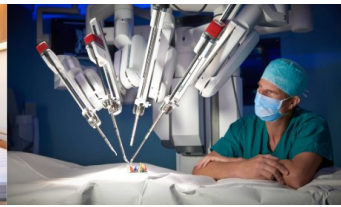
Grundgesamtheit	33
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

120. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und



Fachlicher Hinweis IQTIG

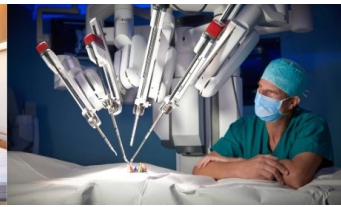
Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	81,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,41 - 86,37

Grundgesamtheit	97
-----------------	----

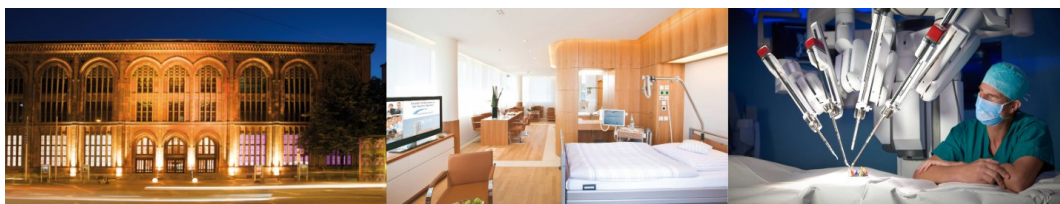
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99



Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

121. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qipatientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum</p>



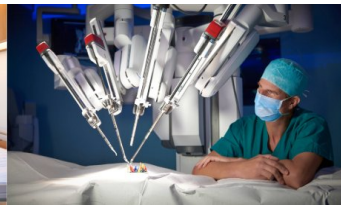
	Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,62
Vertrauensbereich bundesweit	0,62 - 0,62
Rechnerisches Ergebnis	60,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	53,42 - 68,24

Grundgesamtheit	21
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen



Fachlicher Hinweis IQTIG

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qipatientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.



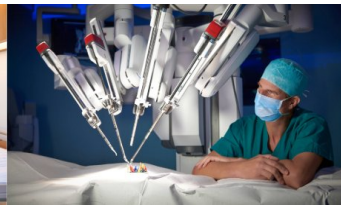
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,49
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	8,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 35,97

Grundgesamtheit	4
-----------------	---

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link



Fachlicher Hinweis IQTIG

entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qj-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	79,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	53,28 - 96,02

Grundgesamtheit	11
-----------------	----

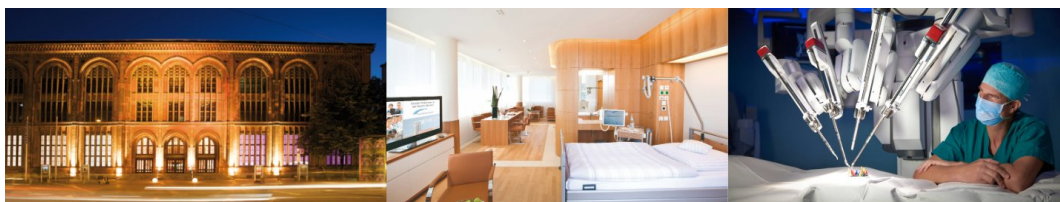
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
-----------------	---



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

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

Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu</p>



finden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

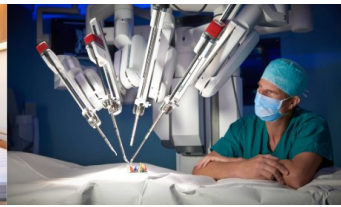
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,78
Rechnerisches Ergebnis	82,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,03 - 89,23

Grundgesamtheit	97
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI



Bezug zum Verfahren	DeQS
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qipatientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der</p>



	Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	98,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,87 - 99,88

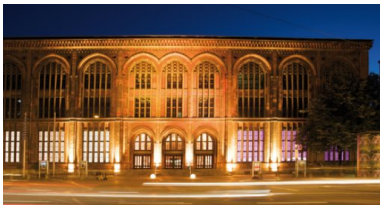
Grundgesamtheit	97
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige
--	--



Fachlicher Hinweis IQTIG

Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,79 - 1,65

Grundgesamtheit	86
-----------------	----

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu
-----------------	--



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

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

Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu</p>



	finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 1,89

Grundgesamtheit	18
-----------------	----

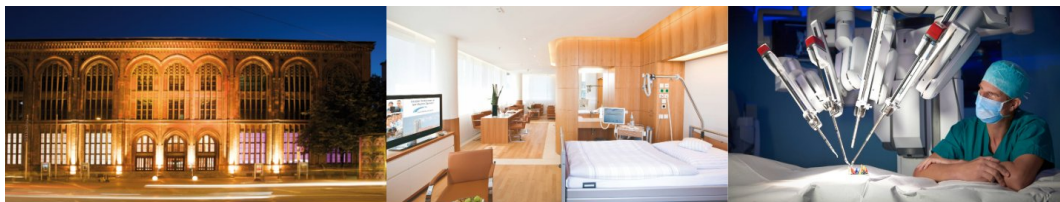
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Das ISAR Klinikum ist seit 2022 Mitglied bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM).

Die IQM ist ein 2008 gegründeter träger- und länderübergreifender gemeinnütziger Verein, in dem sich derzeit über 500 Krankenhäuser aus Deutschland und der Schweiz für mehr Qualität in der Medizin und Patientensicherheit engagieren. Die IQM Methodik basiert auf drei Grundsätzen, zu denen sich die IQM Mitglieder freiwillig verpflichten:

1. Messung medizinischer Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten



2. Transparenz durch Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse
3. Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität mit Peer Reviews

01.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	
Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 23)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,2%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 9,6%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
02.1 - Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	
Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 78)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 9,2%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 7,9%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
03.11Z - Katheter der Koronargefäße BEI Herzinfarkt (Alter >19), ohne Herzoperation, Todesfälle, aufgetreten, (Anteil Todesfälle erwartet bezogen auf Patienten mit Koronarkatheter und Herzinfarkt)	
Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 22)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 6,4%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 7,7%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende



Darstellung geeignet)

03.121 - Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt ohne Herz-OP (Alter >19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 0,39% (Zähler: 2, Nenner: 515)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,6%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,6%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

14.26 - Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, COVID-19, Alter>19, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Lunge
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 10)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 11,8%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 11,5%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

18.1 - Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil laparoskopische OPs

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 97,3% (Zähler: 108, Nenner: 111)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 95,1%
Vergleichswerte	Ziel: > 95,1%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)



18.3 - Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle	
Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 111)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,60%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,60%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
19.1 - Behandlungsfälle mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	
Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 369)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,12%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,12%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
21.311 - Kolonresektionen bei kolorektalem Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	
Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 38)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,1%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
21.313 - Rektumresektionen bei kolorektalem Karzinom, Anteil Todesfälle	



Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 12)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 3,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,2%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

21.321 - Kolorektale Resektionen bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 11)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,72%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,72%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

26.1 - Extrakranielle Gefäß-Operationen A. Carotis, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 18)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,09%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,09%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

27.22 - Endovaskuläre Stent-Prothese abdominale Aorta bei Aneurysma (EVAR), nicht rupturiert, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 10)



Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,4%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

28.11 - Becken-/Beinarterien-OP bei Claudicatio (Fontaine I + II), Anteil Todesfälle

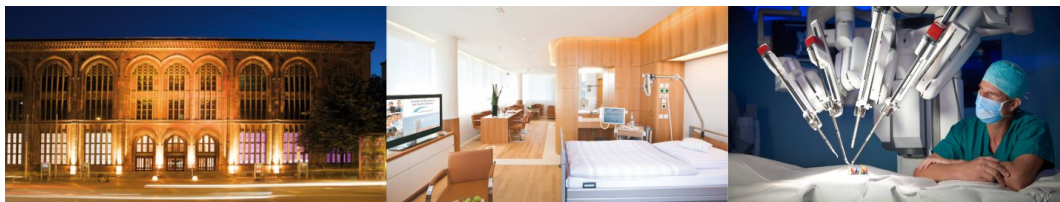
Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 25)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,33%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,33%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

28.13 - Becken-/Beinarterien-OP bei Ulzeration oder Gangrän (Fontaine IV), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 7)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,5%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,5%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

34.1 - Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen (Alter >14), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 227)
Messzeitraum	2023



Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,04%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,04%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

34.2 - Anteil vaginale/laparoskopische OPs bei Hysterektomien ohne Plastik (inkl. Umsteiger)

Leistungsbereich	Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Ergebnis	Rate: 97,8% (Zähler: 222, Nenner: 227)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 88,4%
Vergleichswerte	Ziel: > 88,4%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

41.1 - Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 122)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,13%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,13%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

43.1 - Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 181)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023



Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,06%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,06%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

44.1 - Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion bei Aufnahme / als HD, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 5)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,16%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,16%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

47.42 - Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma, Dekompression, komplexe WS-OP), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 252)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,03%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,03%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

47.43 - Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, komplexe Rekonstruktion, Versteifung, WK-Ersatz, BS-Eingriffe), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 51)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023



Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,53%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,53%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

50.1 - Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 12)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,8%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

50.2 - Partielle Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 41)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,35%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,35%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

51.31 - Zystektomie (Entfernung der Harnblase), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 16)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023



Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,8%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

52.1 - Prostata-TUR bei gutartigen Erkrankungen, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 116)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,20%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,20%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

53.2 - Radikale Prostatovesikulektomie, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 1,3% (Zähler: 2, Nenner: 159)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,16%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,16%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

56.3 - Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene und COVID-19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)
Ergebnis	Rate: 47,1% (Zähler: 8, Nenner: 17)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG



Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 35,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 35,9%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

57.1 - Sepsis als Hauptdiagnose, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 4)
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2023
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 34,0%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 31,8%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/90f11927-bc2d-49d8-9ffc-88d49955ee0c (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

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

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	157
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	2
Begründung	MM09: Leistungserbringung trotz Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund.



Erläuterungen	Leistungserbringung nach ausdrücklichem Patientenwunsch
---------------	---

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	157
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	167
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	85
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	104
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Nein
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	2
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma



Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
2	CQ28: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	83
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	75
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	75

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation / IBE - Tagschicht	100 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station Isar 1 - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station Isar 1 - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Isar 2-3 - Tagschicht	91,67 % Ausnahmetatbestände: 1 <i>Ausnahmetatbestand §7 S.1 Nr.1 PpUGV</i>



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
6	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Isar 2-3 - Nachtschicht	91,67 % Ausnahmetatbestände: 1 <i>Ausnahmetatbestand §7 S.1 Nr.1 PpUGV</i>
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie - Station Isar 4 - Tagschicht	66,67 % Ausnahmetatbestände: 1 <i>Ausnahmetatbestand §7 S.1 Nr.1 PpUGV</i>
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie - Station Isar 4 - Nachtschicht	66,67 % Ausnahmetatbestände: 1 <i>Ausnahmetatbestand §7 S.1 Nr.1 PpUGV</i>
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Station Isar 5 - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Station Isar 5 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation / IBE - Tagschicht	93,42 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation / IBE - Nachtschicht	90,68 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station Isar 1 - Tagschicht	97,43 %
4	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station Isar 1 - Nachtschicht	79,45 %
5	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Isar 2-3 - Tagschicht	91,67 %
6	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Isar 2-3 - Nachtschicht	100 %



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie - Station Isar 4 - Tagschicht	56,71 % <i>Ausnahmetatbestand §7 S.1 Nr.1 PpUGV</i>
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie - Station Isar 4 - Nachtschicht	86,3 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Station Isar 5 - Tagschicht	96,99 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Station Isar 5 - Nachtschicht	97,26 %