

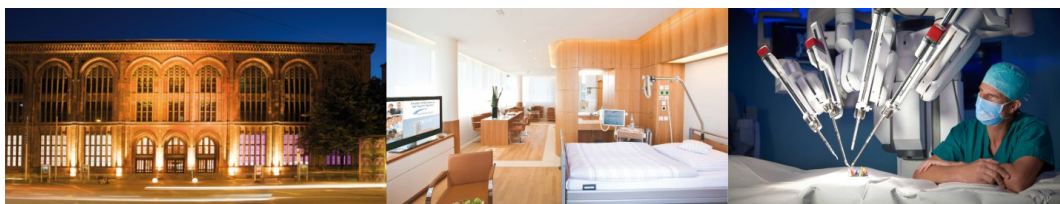


STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

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

Berichtsjahr 2024

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	29
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	30
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	32
B-[1] Allgemeine Chirurgie	33
B-[2] Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	52
B-[3] Plastische Chirurgie	68
B-[4] Kardiologie	84
B-[5] Urologie	100
B-[6] Innere Medizin	116
B-[7] Anästhesie/ Intensivmedizin	133
C Qualitätssicherung	138
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	138
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	258



C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	268
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	268
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	269
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr		269



Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

das ISAR Klinikum verfolgt das Ziel, allen Patientinnen und Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung zu bieten – unabhängig vom Versicherungsstatus. Wir verbinden modernste Medizin und innovative Technologien mit individueller Betreuung und einem respektvollen, patientenorientierten Umfeld. Die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit unserer hochqualifizierten Fachkräfte ermöglicht eine umfassende und effiziente Behandlung auf höchstem Niveau.

Ein zentrales Anliegen unseres Handelns ist die Patientensicherheit. Strenge Hygienestandards, ein aktives Risikomanagement sowie die kontinuierliche Verbesserung aller klinischen Prozesse tragen wesentlich dazu bei. Durch systematisches Patientenfeedback gewinnen wir wertvolle Impulse, um unsere Leistungen stetig weiterzuentwickeln und die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Unsere Arbeit im ISAR Klinikum ist geprägt von transparenter Kommunikation und einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen. Durch Kooperationen mit externen Einrichtungen erweitern wir zudem unser medizinisches Leistungsspektrum und fördern den fachübergreifenden Wissensaustausch.

Modernste technische Ausstattung – von innovativen Operationssystemen wie dem DaVinci Roboter bis zur vollständig digitalen Patientenakte – unterstützt uns dabei, Abläufe zu optimieren und die Qualität der Versorgung kontinuierlich zu steigern. Grundlage dafür bildet unser etabliertes Qualitätsmanagementsystem, das regelmäßig durch interne und externe Audits überprüft und nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert ist. Zahlreiche Fachabteilungen des ISAR Klinikums verfügen zusätzlich über fachspezifische Zertifizierungen anerkannter Fachgesellschaften.

Darüber hinaus übernehmen wir Verantwortung für eine nachhaltige Entwicklung unseres ISAR Klinikums. Mit einem ganzheitlichen Ansatz, der ökologische, soziale und ökonomische Aspekte vereint, gestalten wir eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

Dieser Qualitätsbericht zeigt, wie wir medizinische Exzellenz mit Menschlichkeit verbinden – für eine sichere, moderne und fürsorgliche Versorgung unserer Patientinnen und Patienten.

Prof. Dr. med. E. Alt

Geschäftsführer



Einleitung

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software Solventum Qualitätsbericht in der Version 2025.3.0.1 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	Prof. Eckhard Alt
Telefon	089 149903 0
Fax	089 149903 1990
E-Mail	Info@isarklinikum.de

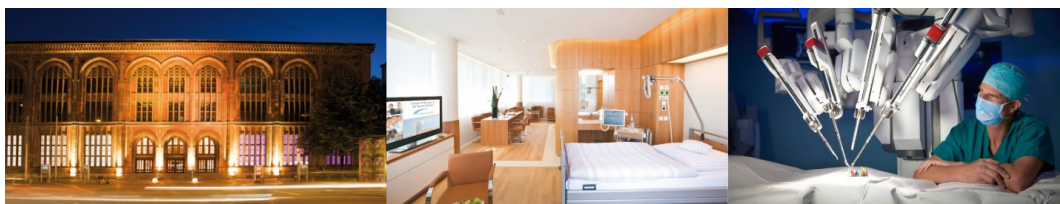
Links

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



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

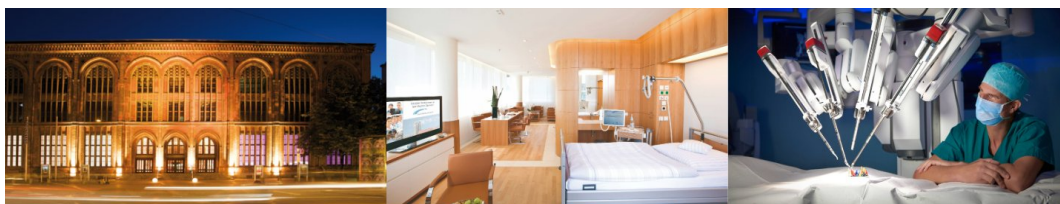
#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
2	MP45 - Stomatherapie/-beratung
3	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>in Kooperation</i>
4	MP37 - Schmerztherapie/-management <i>Standardisiertes Schmerzkonzept. Schmerztherapie bei Katheterverfahren/Patienten-kontrollierter 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	MP63 - Sozialdienst
9	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Patientenveranstaltungen zu verschiedenen medizinischen Themen</i>
10	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
11	MP57 - Biofeedback-Therapie
12	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
13	MP51 - Wundmanagement <i>durch zertifizierte Wundmanager</i>
14	MP53 - Aromapflege/-therapie
15	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
16	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen



#	Med.pfleg. Leistungsangebot
17	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung <i>bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien, bei chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus und entzündlichen Darmerkrankungen, sowie 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>
30	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

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/

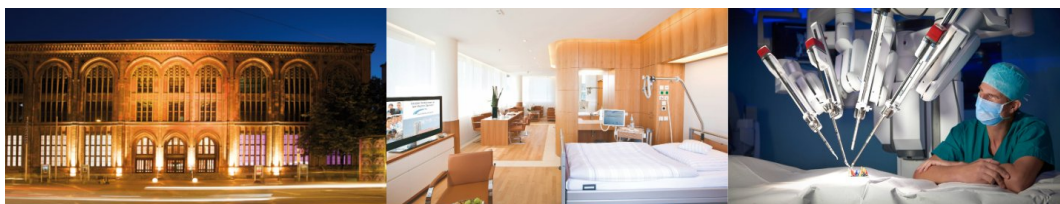


#	Leistungsangebot
4	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/
5	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>Cafeteria für Patienten, 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</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	10804
-------------------------	-------



Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	44231
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				130,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	130,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	16,42	Stationär	113,7

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				68,45
Beschäftigungsverhältnis	Mit	68,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	13,8	Stationär	54,65

Belegärztinnen und Belegärzte

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

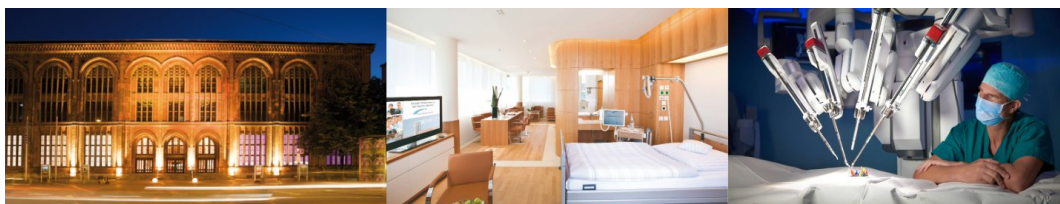
A-11.2 Pflegepersonal

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				151,93
Beschäftigungsverhältnis	Mit	144,12	Ohne	7,81
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	151,93



Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				53,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	53,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	53,4

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

Gesamt				1,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,25

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				4,62
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,82	Ohne	0,8
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,62

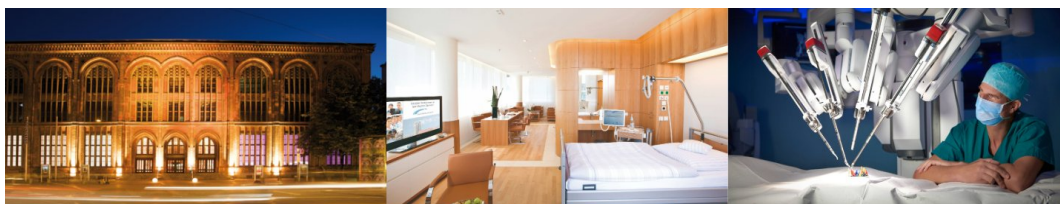
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				9,82
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,82

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,17
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

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

Gesamt				16,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,91



Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				16,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,91

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

Gesamt				3,92
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,92

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				3,92
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,92

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				36,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	36,2

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				33,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	33,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	33,04

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

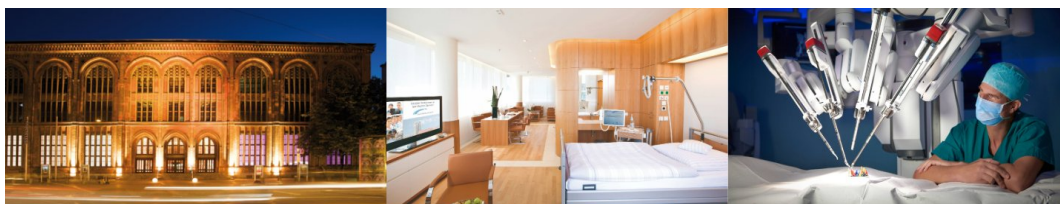
SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				11,97 ¹⁾
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	11,97
Versorgungsform	Ambulant	8,52	Stationär	3,45

1) in Kooperation

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				3,95
--------	--	--	--	------



Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,95

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				3,98 ¹⁾
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	3,98
Versorgungsform	Ambulant	3,98	Stationär	0

1) in Kooperation

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				1,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,52

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

Es existiert ein umfassendes Risikomanagementkonzept für die Patientensicherheit.

A-12.1 Qualitätsmanagement

Im ISAR Klinikum hat die Sicherstellung höchster Qualität in der medizinischen Versorgung und Pflege oberste Priorität. Sie bildet die Grundlage für alle Prozesse und Maßnahmen und dient als Maßstab für die Bewertung unserer Leistungen. Durch ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem, das über die gesetzlichen Anforderungen hinausgeht, werden Abläufe systematisch geplant, überwacht und kontinuierlich optimiert.

Im Zentrum stehen die Anforderungen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten, der Mitarbeitenden, der kooperierenden Ärztinnen und Ärzte sowie externer Partner. Mit einem strukturierten Patientensicherheitskonzept und qualifiziertem Fachpersonal wird höchste Versorgungsqualität gewährleistet.

Das ISAR Klinikum verfolgt das Ziel, Qualität messbar zu gestalten, Patientensicherheit aktiv zu leben und die Versorgung kontinuierlich weiterzuentwickeln – stets im Interesse unserer Patientinnen und 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

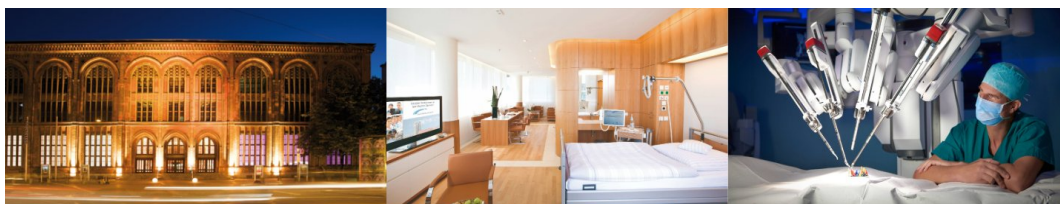
Das ISAR Klinikum verfügt über ein etabliertes Patientensicherheitskonzept, das die systematische Identifikation, Bewertung und Minimierung von Risiken in allen Phasen des Behandlungsprozesses sicherstellt. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität und die Gewährleistung höchster Patientensicherheit. Zentrale Elemente sind standardisierte Abläufe, strukturierte Risikoanalysen, regelmäßige Schulungen sowie die Förderung einer offenen Sicherheitskultur. Detaillierte Informationen zum Patientensicherheitskonzept sind auf der Klinikwebsite unter <https://www.isarklinikum.de/patienten-besucher/> veröffentlicht.

Die Leitung des Qualitätsmanagements verfügt über eine zertifizierte Qualifikation als Klinische Risikomanagerin gemäß ÖNORM ISO 31000:2018 und ÖNORM-Reihe D 490x:2021. Dadurch ist ein professionelles, normkonformes und strukturiertes Risikomanagement gewährleistet, das als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems am ISAR Klinikum verankert ist.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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



A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

<p>Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums 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: 31.12.2024</p>
6	<p>RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</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: 14.10.2024</p>



Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
9	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 30.08.2024
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: 08.02.2024
14	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 08.02.2024
15	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Portal Letzte Aktualisierung: 08.02.2024
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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

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

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 29.11.2024
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. Alle Patienten, die sich eines elektiven Eingriffes unterziehen sollen und im Rahmen des Screenings auffallen, 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

Krankenhaushygienikerinnen 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 Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaverbrauchs 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 ein „Antibiotic Stewardship – Team“ (ABS – Team) ins Leben gerufen 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 31.01.2019, 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 Antibiotikaprofylaxe liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	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)	19,6
--	------

Intensivstationen

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	168
--	-----

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

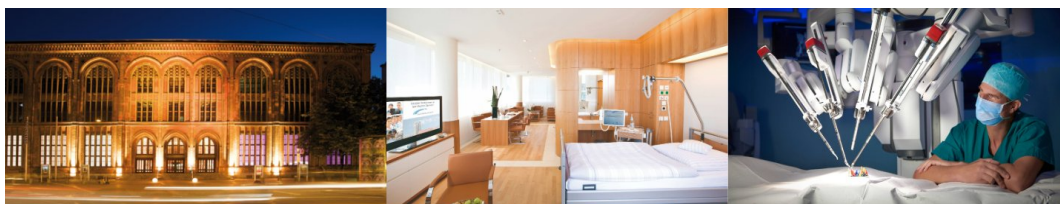
Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

- 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/
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)

Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) umfasst bei uns die Gesamtheit aller Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses. Ziel ist es, Medikationsfehler und damit verbundene vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten zu minimieren. AMTS ist ein integraler Bestandteil unseres klinischen Alltags und wird im Rahmen eines interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatzes konsequent umgesetzt.

Im Prämedikationsgespräch wird die Eigenmedikation der Patientinnen und Patienten durch eine erfahrene pharmazeutisch-technische Assistentin (PTA) überprüft und an die bestehende Hausmedikation angepasst. Die in der zuständigen Versorgungsapotheketätige klinische Apothekerin führt regelmäßig strukturierte Medikationsanalysen durch. Das Pflegepersonal stellt die Medikamente grundsätzlich im Vier-Augen-Prinzip, um die Sicherheit zusätzlich zu erhöhen.

Darüber hinaus wird die Arzneimitteltherapiesicherheit durch den Einsatz eines digitalen AMTS-Tools in unserer elektronischen Patientenakte unterstützt. Dieses System führt Interaktionsprüfungen durch und weist auf mögliche Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln hin. Auf diese Weise ergänzt die digitale Unterstützung die pharmazeutische und ärztliche Expertise unseres Teams und trägt zu einem hohen Maß an Sicherheit in der Arzneimitteltherapie bei.

Ein weiterer Bestandteil unseres AMTS-Konzepts ist die Nutzung des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP). Dieser kann in unserer digitalen Patientenakte sowohl eingelesen als auch bei der Entlassung aktualisiert und ausgegeben werden. Dadurch wird eine lückenlose und transparente Dokumentation der Medikation über alle Behandlungseinrichtungen hinweg gewährleistet. Patientinnen und Patienten profitieren von einer besseren Nachvollziehbarkeit ihrer Arzneimitteltherapie, während weiterbehandelnde Ärztinnen, Ärzte und Apotheken stets über den aktuellen Medikationsstand informiert sind.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

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

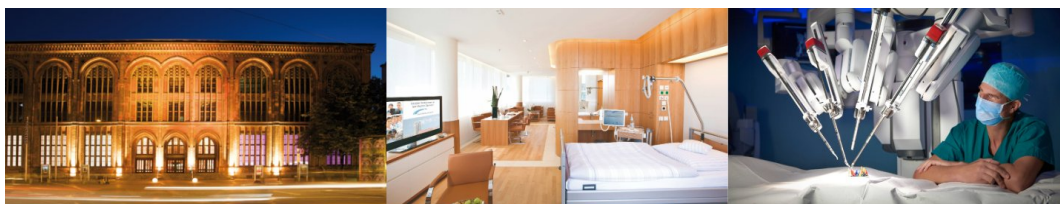
A-12.5.2 Verantwortliche Person

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)



Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
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: 19.09.2024 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
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, AMTS-Tool in der digitalen Patientenkurve

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 Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

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
---------	----

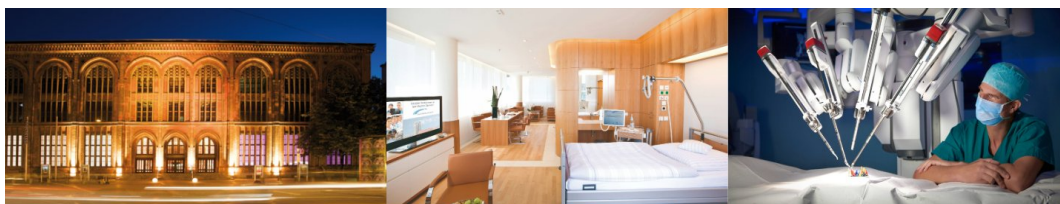


Schutzkonzepte

#	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
2	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Keine Angabe erforderlich
3	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich
4	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>in Kooperation</i>
5	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>in Kooperation</i>
6	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja
7	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
8	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>in Kooperation</i>
9	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich <i>Laser-Ablation (Cardiofocus) für Vorhofflimmer-Ablation, 3D-RF-Ablation (NavX, Ablation von Herzrhythmusstörungen)</i>
10	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich



#	Gerätenummer	24h verfügbar
11	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System	Keine Angabe erforderlich
12	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja
13	AA72 - 3D-Laparoskopie-System	Keine Angabe erforderlich
14	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich <i>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 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

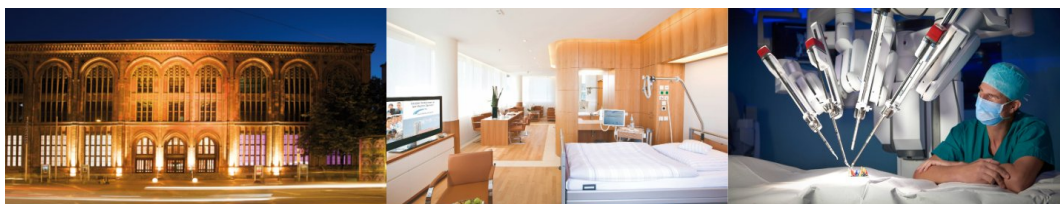
B-[1].1.2 Ärztliche Leitung

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	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".

Das Krankenhaus hält sich bei der	
-----------------------------------	--



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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

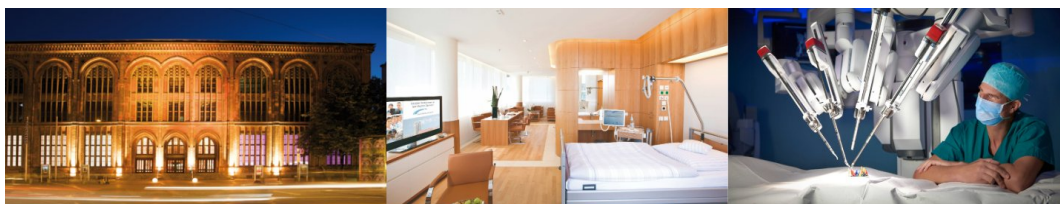
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

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
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



#	Medizinische Leistungsangebote
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
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



#	Medizinische Leistungsangebote
45	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
46	VR04 - Duplexsonographie
47	VR41 - Interventionelle Radiologie

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

Vollstationäre Fallzahl	5369
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	691
2	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	344
3	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	340
4	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	238
5	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	219
6	M19.95	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	208
7	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	181
8	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	150
9	N81.1	Zystozele	139
10	M47.27	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbosakralbereich	137
11	M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich	132
12	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	127
13	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	120



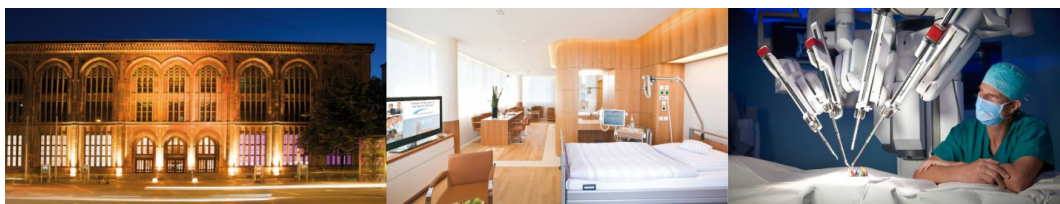
#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	M53.26	Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich	114
15	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	110
16	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	73
17	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	73
18	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	52
19	M50.2	Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung	52
20	N81.6	Rektozele	52
21	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	50
22	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	46
23	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	45
24	N39.42	Dranginkontinenz	41
25	K60.3	Analfistel	40
26	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	38
27	M47.87	Sonstige Spondylose: Lumbosakralbereich	37
28	M54.4	Lumboischialgie	36
29	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	34
30	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	33

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	969
2	N81	Genitalprolaps bei der Frau	576
3	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	420
4	K40	Hernia inguinalis	357
5	I70	Atherosklerose	352



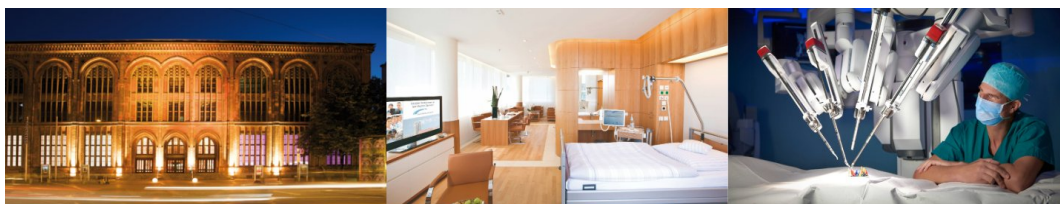
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	228
7	M19	Sonstige Arthrose	210
8	M47	Spondylose	206
9	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	168
10	K80	Cholelithiasis	126
11	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	123
12	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	112
13	N18	Chronische Nierenkrankheit	111
14	K43	Hernia ventralis	92
15	K42	Hernia umbilicalis	60
16	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	57
17	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	52
18	M54	Rückenschmerzen	52
19	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	42
20	K57	Divertikulose des Darmes	41
21	E04	Sonstige nichttoxische Struma	39
22	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	34
23	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	34
24	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	33
25	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	32
26	D25	Leiomyom des Uterus	31
27	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	27
28	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	24
29	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	24



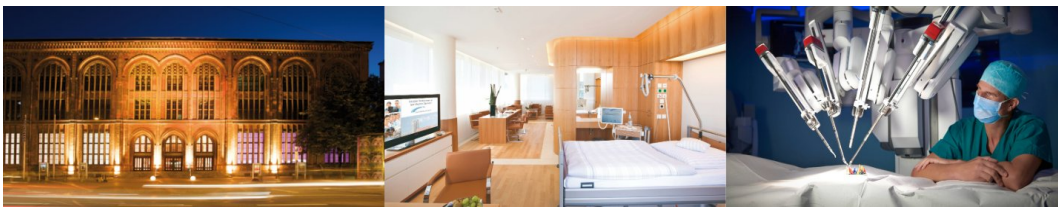
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	G97	Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	24

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	1734
2	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	659
3	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	554
4	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	553
5	5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenervation	550
6	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	528
7	5-032.11	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente	496
8	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	463
9	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	424
10	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	403
11	5-707.21	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik ohne alloplastisches Material: Vaginal	385
12	5-983	Reoperation	373
13	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	358
14	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	335
15	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	327

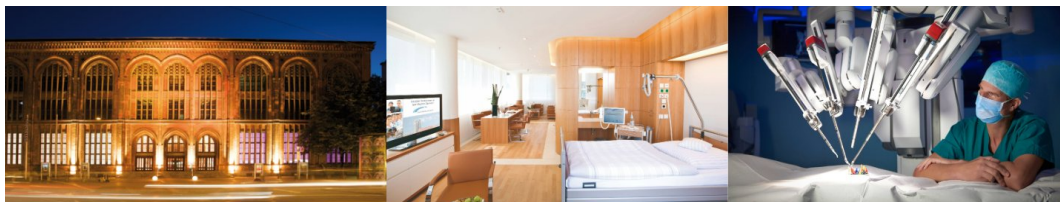


#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	307
17	5-831.9	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Entfernung eines freien Sequesters ohne Endoskopie	297
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	291
19	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	285
20	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	257
21	5-059.b	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Anwendung eines Endoskopiesystems	240
22	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	226
23	5-835.9	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)	223
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	220
25	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	207
26	5-931.0	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material	201
27	5-832.x	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Sonstige	200
28	5-839.b0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers: 1 Segment	187
29	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	186
30	5-704.69	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation am Lig. sacrospinale oder Lig. sacrotuberale	179



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	2861
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	1734
3	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	1729
4	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	1463
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	797
6	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	723
7	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	630
8	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	610
9	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	586
10	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	559
11	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	528
12	5-986	Minimalinvasive Technik	403
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	392
14	5-707	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes	389
15	5-469	Andere Operationen am Darm	383
16	5-983	Reoperation	373
17	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	369
18	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	365
19	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	335
20	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	330
21	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	329
22	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	315
23	5-916	Temporäre Weichteildeckung	310
24	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	291
25	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	279



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	5-059	Andere Operationen an Nerven und Ganglien	266
27	5-836	Spondylodese	236
28	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	220
29	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	201
30	5-808	Offen chirurgische Arthrodesse	176

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

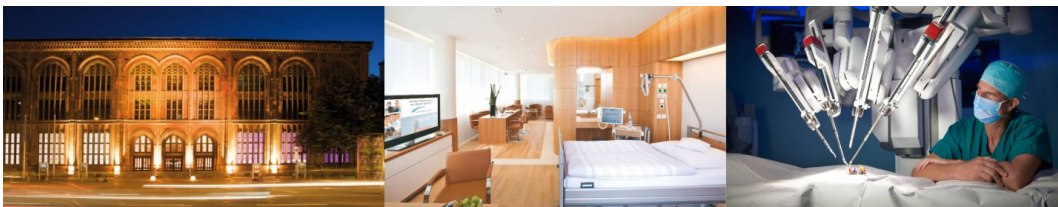
#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Praxis für Viszeralchirurgie
2	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	Praxis für Gefäßchirurgie
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Allgemeine Chirurgie
4	AM07 - Privatambulanz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



#	Ambulanz	Leistung
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
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 - Dialyseshuntchirurgie
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

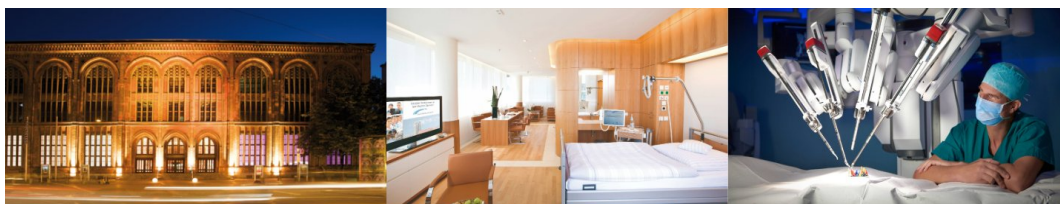


#	Ambulanz	Leistung
35	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC59 - Mediastinoskopie
36	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
37	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
38	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC62 - Portimplantation
39	Privatambulanz Viszeralchirurgie	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
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	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	74
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	34
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	10
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	10
5	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	8
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	6
7	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	5
8	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	5
9	1-653	Diagnostische Proktoskopie	5
10	8-860	Autogene Stammzelltherapie	5



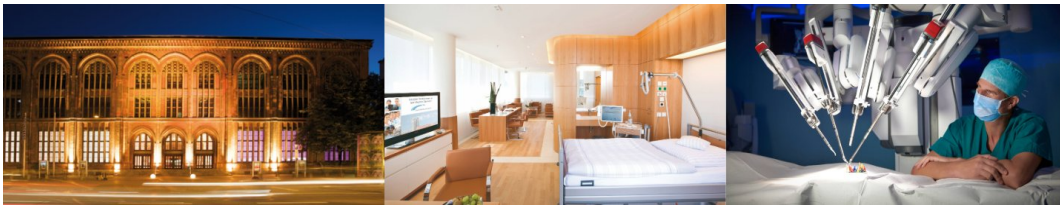
#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-059	Andere Operationen an Nerven und Ganglien	4
12	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
13	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
14	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
15	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	< 4
16	5-511	Cholezystektomie	< 4
17	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
18	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
19	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	< 4
20	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
21	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
22	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	< 4
23	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	< 4
24	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	< 4
25	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
26	1-470	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen	< 4
27	5-984	Mikrochirurgische Technik	< 4
28	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
29	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
30	5-499	Andere Operationen am Anus	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	74
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	34



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	10
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	10
5	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	8
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	6
7	8-860	Autogene Stammzelltherapie	5
8	1-653	Diagnostische Proktoskopie	5
9	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	5
10	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	5
11	5-059	Andere Operationen an Nerven und Ganglien	4
12	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
13	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
14	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	< 4
15	5-511	Cholezystektomie	< 4
16	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	< 4
17	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
18	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
19	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
20	5-984	Mikrochirurgische Technik	< 4
21	1-470	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen	< 4
22	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	< 4
23	5-499	Andere Operationen am Anus	< 4
24	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
25	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
26	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
27	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
28	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	< 4
30	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	< 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		38,74	Fälle je VK/Person	166,946518
Beschäftigungsverhältnis	Mit	38,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	6,58	Stationär	32,16

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		26,25	Fälle je VK/Person	260
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	5,6	Stationär	20,65

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt		7	Fälle je VK/Person	767
--------	--	---	--------------------	-----



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

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

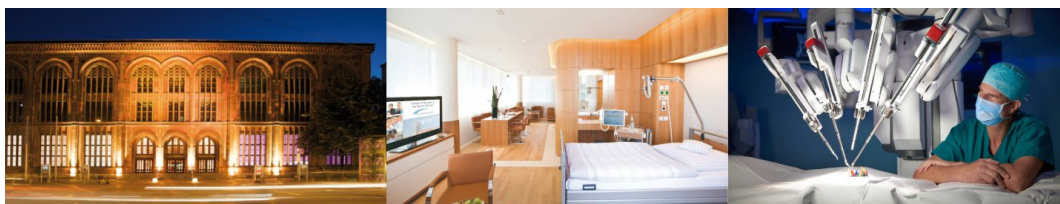
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

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

Gesamt		40,55	Fälle je VK/Person	132,404434
Beschäftigungsverhältnis	Mit	38,29	Ohne	2,26
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	40,55

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

Gesamt		0,53	Fälle je VK/Person	10130,1895
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,53



Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,24	Fälle je VK/Person	2396,875
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,01	Ohne	0,23
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,24

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		5,07	Fälle je VK/Person	1058,97437
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,07

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,66	Fälle je VK/Person	3234,3374
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,66

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ01 - Bachelor
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
6	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
7	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
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

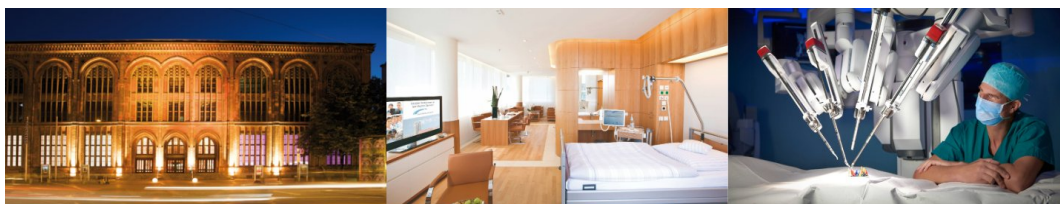
Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

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

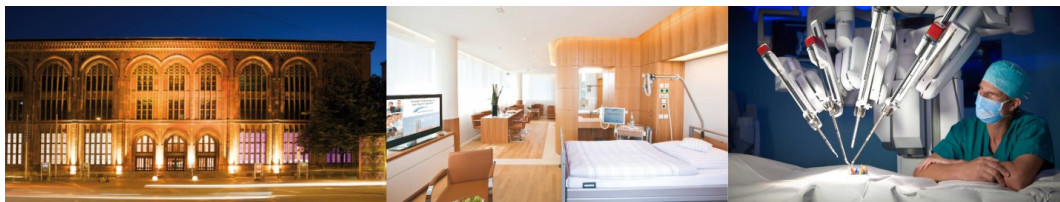
Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
--	--------------------------------------



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

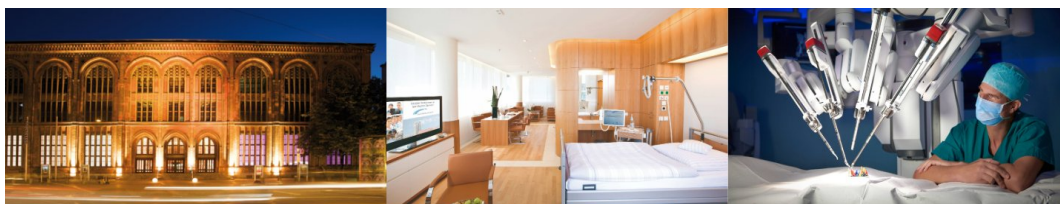


B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1043
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

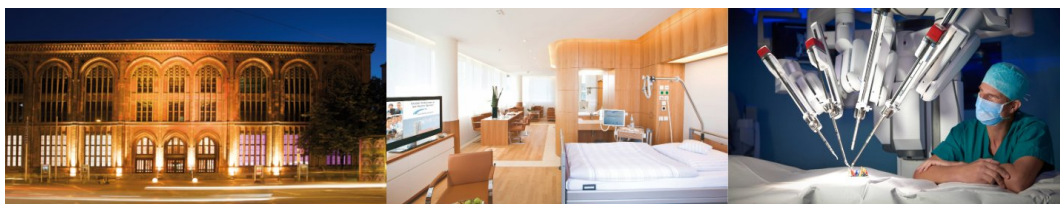
#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	134
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	131
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	95
4	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	90
5	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	63
6	M94.26	Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	53
7	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	45
8	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	40
9	S83.2	Meniskusriss, akut	33
10	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	29
11	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	18
12	M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	13
13	S83.50	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Kreuzband	13
14	M23.30	Sonstige Meniskusschädigungen: Mehrere Lokalisationen	10
15	M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	10
16	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	10
17	M20.1	Hallux valgus (erworben)	9
18	M24.66	Ankylose eines Gelenkes: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	8
19	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	8



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
20	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	7
21	M65.86	Sonstige Synovitis und Tenosynovitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	7
22	M22.0	Habituelle Luxation der Patella	6
23	M23.81	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	5
24	M23.34	Sonstige Meniskusschädigungen: Vorderhorn des Außenmeniskus	5
25	M20.2	Hallux rigidus	5
26	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	5
27	M23.4	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk	5
28	M23.36	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus	4
29	S42.00	Fraktur der Klavikula: Teil nicht näher bezeichnet	4
30	M75.2	Tendinitis des M. biceps brachii	4

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

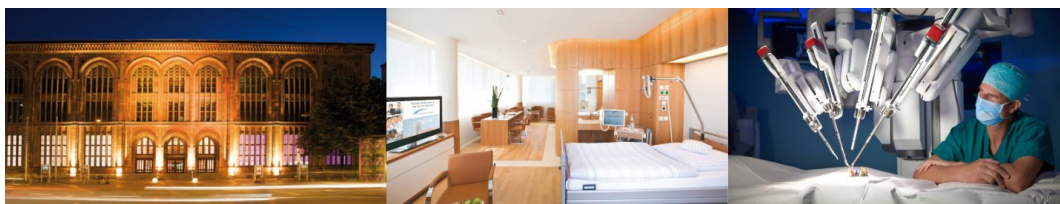
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M75	Schulterläsionen	192
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	178
3	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	143
4	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	134
5	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	130
6	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	60
7	M19	Sonstige Arthrose	29
8	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	16
9	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	15
10	M65	Synovitis und Tenosynovitis	14



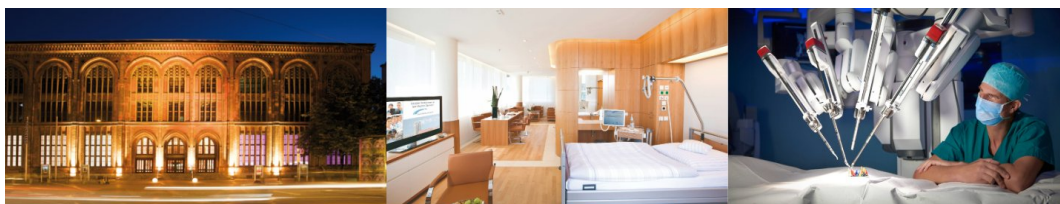
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
11	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	12
12	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	12
13	M22	Krankheiten der Patella	9
14	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	9
15	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	9
16	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	7
17	M87	Knochennekrose	7
18	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	6
19	M72	Fibromatosen	5
20	S52	Fraktur des Unterarmes	5
21	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	4
22	M00	Eitrige Arthritis	4
23	M93	Sonstige Osteochondropathien	4
24	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	4
25	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	4
26	M77	Sonstige Enthesopathien	< 4
27	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	< 4
28	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	< 4
29	M76	Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes	< 4
30	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	< 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	194



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
2	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	148
3	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	144
4	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	126
5	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	119
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	100
7	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	97
8	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	93
9	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	88
10	5-829.e	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial	78
11	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	78
12	5-805.6	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale	76
13	5-983	Reoperation	64
14	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	54
15	5-812.k1	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Akromioklavikulargelenk	49
16	5-801.nh	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantates: Kniegelenk	46
17	5-811.3h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Kniegelenk	45



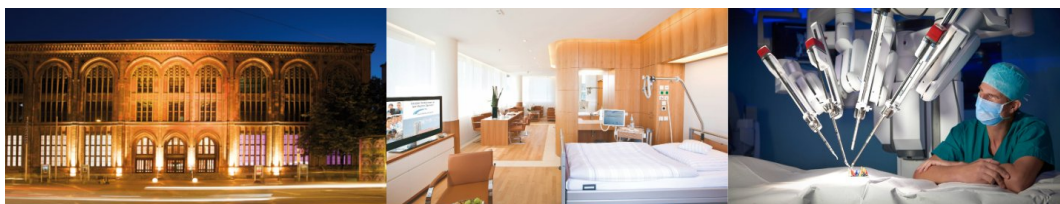
#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
18	8-861.00	Entnahme, Aufbereitung und Applikation von Blutbestandteilen zur lokalen Anwendung: Lokale Applikation von autogenem Thrombozytenkonzentrat: Durch Zentrifugation gewonnenes Thrombozytenkonzentrat	43
19	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	40
20	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	38
21	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	37
22	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	31
23	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	25
24	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	25
25	5-801.hh	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	24
26	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	21
27	5-855.72	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide: Tenodese eine Sehne, primär: Oberarm und Ellenbogen	21
28	5-782.b0	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula	19
29	5-931.0	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material	19
30	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	18

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	498



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	273
3	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	204
4	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	179
5	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	175
6	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	136
7	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	134
8	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	100
9	5-801	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	96
10	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	89
11	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	89
12	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	84
13	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	66
14	5-983	Reoperation	64
15	5-986	Minimalinvasive Technik	54
16	8-861	Entnahme, Aufbereitung und Applikation von Blutbestandteilen zur lokalen Anwendung	43
17	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	42
18	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	39
19	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	39
20	8-020	Therapeutische Injektion	37
21	5-819	Andere arthroskopische Operationen	29
22	9-984	Pflegebedürftigkeit	28
23	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	25
24	5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	23
25	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	23



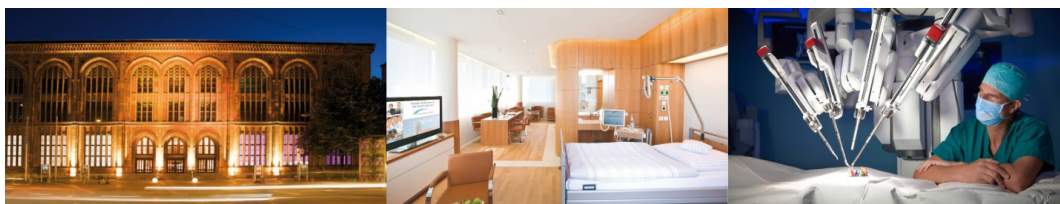
#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	21
27	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	20
28	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	20
29	5-803	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk	16
30	5-784	Knochen transplantation und -transposition	14

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
12	Praxis für Orthopädie	VO14 - Endoprothetik



#	Ambulanz	Leistung
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

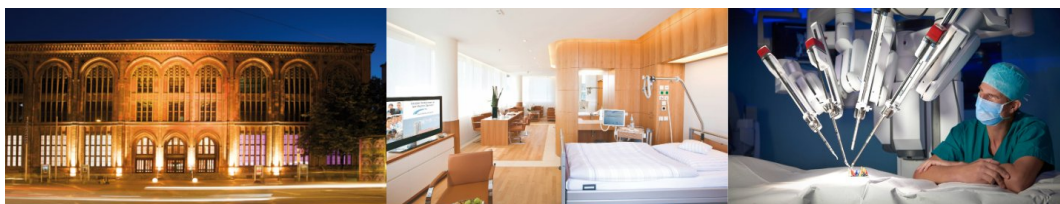


#	Ambulanz	Leistung
31	Privatambulanz Orthopädie	VO17 - Rheumachirurgie
32	Privatambulanz Orthopädie	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
33	Privatambulanz Orthopädie	VO19 - Schulterchirurgie
34	Privatambulanz Orthopädie	VO13 - Spezialsprechstunde

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

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

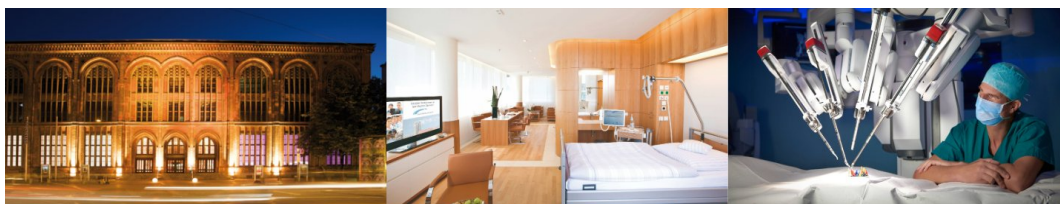
#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	40
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	24
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	12
4	5-983	Reoperation	10
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	8
6	5-841	Operationen an Bändern der Hand	8
7	5-845	Synovialektomie an der Hand	5
8	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
9	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
10	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
11	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4
12	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
13	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	< 4
14	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
15	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	< 4



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
16	1-504	Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln durch Inzision	< 4
17	5-819	Andere arthroskopische Operationen	< 4
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
19	8-020	Therapeutische Injektion	< 4
20	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
21	8-860	Autogene Stammzelltherapie	< 4
22	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 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	40
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	24
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	12
4	5-983	Reoperation	10
5	5-841	Operationen an Bändern der Hand	8
6	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	8
7	5-845	Synovialektomie an der Hand	5
8	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
9	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4
10	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
11	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
12	8-020	Therapeutische Injektion	< 4
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
14	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
15	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
16	8-860	Autogene Stammzelltherapie	< 4
17	5-819	Andere arthroskopische Operationen	< 4



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
18	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	< 4
19	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
20	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
21	1-504	Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln durch Inzision	< 4
22	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	< 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		9,7	Fälle je VK/Person	122,561691
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,19	Stationär	8,51

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,48	Fälle je VK/Person	303,197662
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,04	Stationär	3,44

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt		20	Fälle je VK/Person	52,15
--------	--	----	--------------------	-------



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		7,29	Fälle je VK/Person	143,0727
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,88	Ohne	0,41
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,29

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

Gesamt		0,09	Fälle je VK/Person	11588,8887
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,09

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,4	Fälle je VK/Person	2607,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,36	Ohne	0,04
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,4

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften



Gesamt		0,91	Fälle je VK/Person	1146,15381
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,91

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	3476,6665
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
5	PQ01 - Bachelor
6	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
7	PQ20 - Praxisanleitung

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



#	Zusatzqualifikation
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



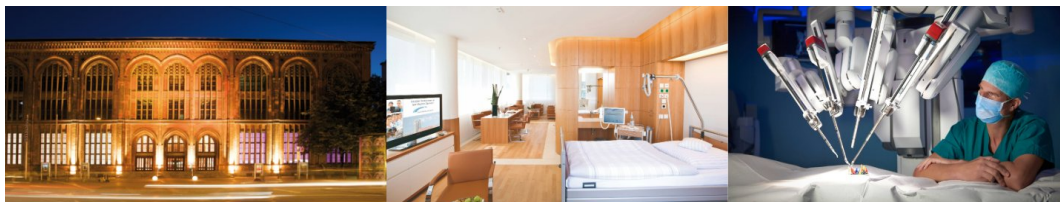
#	Medizinische Leistungsangebote
19	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
20	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
21	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
22	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 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	934
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	193
2	E88.22	Lipödem, Stadium III	111
3	L98.7	Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut	108



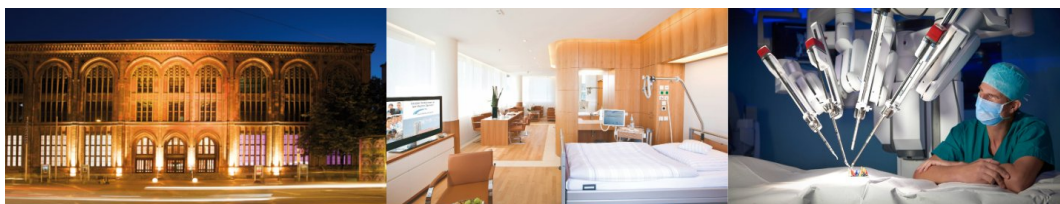
#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
4	N64.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Mamma	51
5	L90.5	Narben und Fibrosen der Haut	49
6	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	49
7	T85.82	Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	33
8	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	32
9	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	22
10	J34.2	Nasenseptumdeviation	19
11	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	12
12	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	11
13	L08.9	Lokale Infektion der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet	11
14	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	10
15	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	10
16	D17.0	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	7
17	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	7
18	C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	6
19	Z40.00	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen: Prophylaktische Operation an der Brustdrüse [Mamma]	6
20	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	5
21	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	5
22	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	4
23	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	4
24	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	4
25	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	4
26	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	4



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
27	N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	4
28	T85.83	Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat	4
29	G51.0	Fazialisparese	4
30	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	4

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

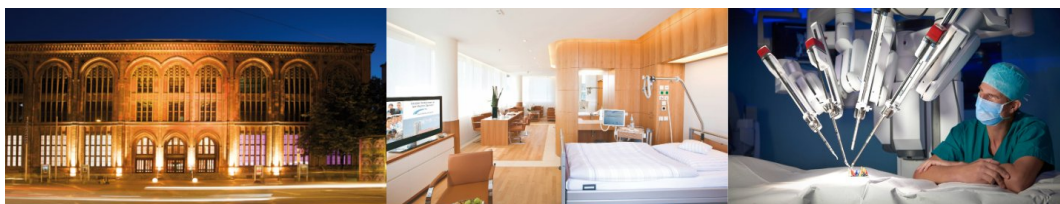
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	231
2	E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	115
3	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	111
4	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	55
5	L90	Atrophische Hautkrankheiten	49
6	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	49
7	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	41
8	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	37
9	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	29
10	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	29
11	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	20
12	L08	Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	11
13	K43	Hernia ventralis	8
14	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	8
15	L03	Phlegmone	7
16	Z40	Prophylaktische Operation	6
17	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	5
18	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	5



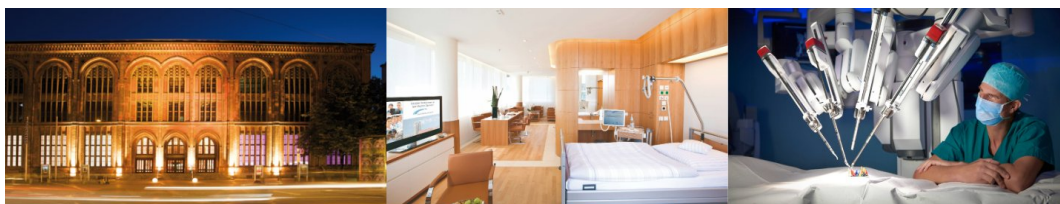
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	L05	Pilonidalzyste	5
20	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	5
21	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	4
22	K42	Hernia umbilicalis	4
23	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	4
24	L91	Hypertrophe Hautkrankheiten	4
25	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	4
26	C43	Bösartiges Melanom der Haut	4
27	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	4
28	C00	Bösartige Neubildung der Lippe	< 4
29	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	< 4
30	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	< 4

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-983	Reoperation	249
2	5-98c.70	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Gefäßkoppler zur mikrovaskulären Anastomosierung: Ohne Dopplersonographie	165
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	158
4	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	148
5	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	142
6	5-890.1a	Tätowieren und Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut: Einbringen von autogenem Material: Brustwand und Rücken	137
7	5-911.2b	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Abtragen von Fettgewebe: Bauchregion	114



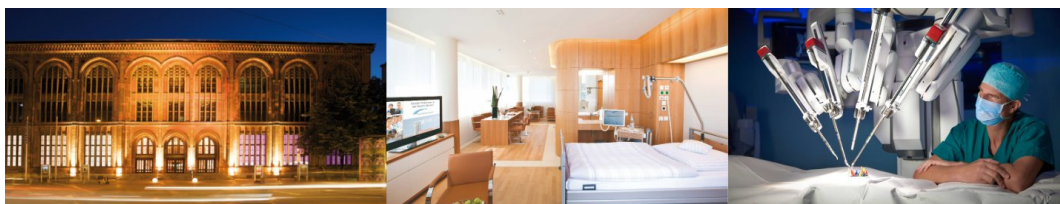
#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	5-911.1e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	90
9	5-885.3	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies Haut-Muskel-Transplantat	89
10	5-904.0e	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle: Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung: Oberschenkel und Knie	74
11	5-911.0b	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Bauchregion	66
12	5-889.1	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose	62
13	5-904.0b	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle: Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung: Bauchregion	61
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	61
15	5-885.9	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung	59
16	5-911.2e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Abtragen von Fettgewebe: Oberschenkel und Knie	54
17	5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	51
18	5-886.2x	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Mastopexie als selbständiger Eingriff: Sonstige	51
19	5-870.a7	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss	50
20	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	47
21	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	47
22	5-907.5a	Revision einer Hautplastik: Revision eines freien Lappens mit mikrovaskulärer Anastomosierung: Brustwand und Rücken	45



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	5-850.ba	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Fuß	40
24	5-850.b7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	40
25	5-850.da	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Fuß	38
26	8-190.40	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): Bis 7 Tage	34
27	5-850.d7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	34
28	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	33
29	5-850.b5	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Brustwand und Rücken	33
30	5-850.d5	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Brustwand und Rücken	33

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	524
2	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	383
3	5-983	Reoperation	249
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	207
5	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	174
6	5-890	Tätowieren und Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut	166
7	5-885	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation	166
8	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	165
9	5-984	Mikrochirurgische Technik	158
10	5-904	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle	151



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	151
12	8-190	Spezielle Verbandstechniken	96
13	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	88
14	5-889	Andere Operationen an der Mamma	87
15	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	80
16	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	76
17	5-546	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum	73
18	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	73
19	5-884	Mammareduktionsplastik	71
20	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	69
21	5-907	Revision einer Hautplastik	68
22	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	55
23	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	45
24	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	40
25	5-882	Operationen an der Brustwarze	40
26	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	36
27	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	34
28	9-984	Pflegebedürftigkeit	33
29	5-879	Andere Exzision und Resektion der Mamma	33
30	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	33

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.

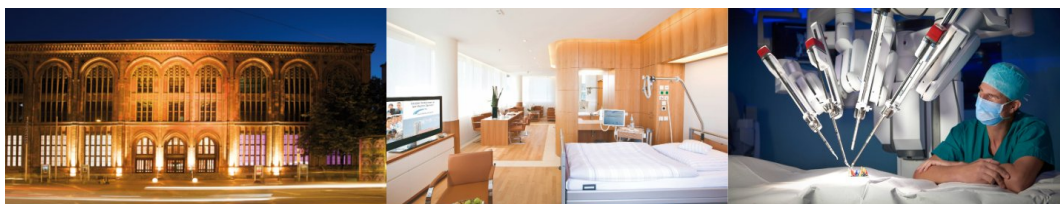
#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	9
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
3	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
4	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
6	5-889	Andere Operationen an der Mamma	< 4
7	5-882	Operationen an der Brustwarze	< 4
8	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
9	8-190	Spezielle Verbandstechniken	< 4
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	< 4
11	5-904	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle	< 4
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
13	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
14	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
15	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
16	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
17	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	< 4
18	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	< 4
19	5-890	Tätowieren und Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut	< 4
20	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
21	5-907	Revision einer Hautplastik	< 4
22	5-885	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation	< 4
23	5-097	Blepharoplastik	< 4
24	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	< 4
25	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	9
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
3	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
4	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
6	5-882	Operationen an der Brustwarze	< 4
7	5-889	Andere Operationen an der Mamma	< 4
8	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	< 4
9	5-097	Blepharoplastik	< 4
10	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
11	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	< 4
12	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
13	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
14	5-916	Temporäre Weichteildeckung	< 4
15	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
17	5-904	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle	< 4
18	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
19	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
20	5-890	Tätowieren und Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut	< 4
21	5-885	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation	< 4
22	5-907	Revision einer Hautplastik	< 4
23	8-190	Spezielle Verbandstechniken	< 4
24	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
25	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	< 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		11,78	Fälle je VK/Person	82,07381
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	11,38



– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,99	Fälle je VK/Person	203,485825
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	4,59

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		8,62	Fälle je VK/Person	108,352669
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,14	Ohne	0,48
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,62

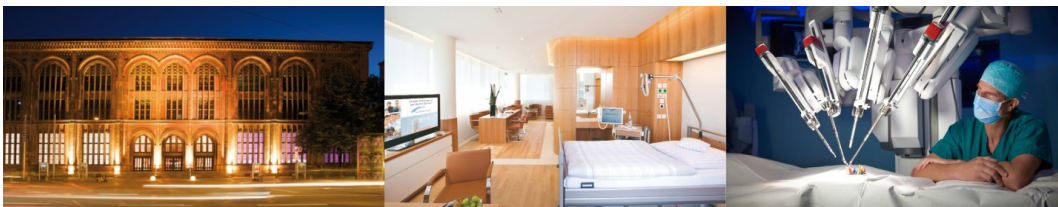
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,11	Fälle je VK/Person	8490,909
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,11

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,48	Fälle je VK/Person	1945,83337
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,43	Ohne	0,05
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,48

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften



Gesamt		1,08	Fälle je VK/Person	864,814758
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,08

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,35	Fälle je VK/Person	2668,57153
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,35

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
5	PQ01 - Bachelor
6	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
7	PQ20 - Praxisanleitung

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



#	Zusatzqualifikation
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

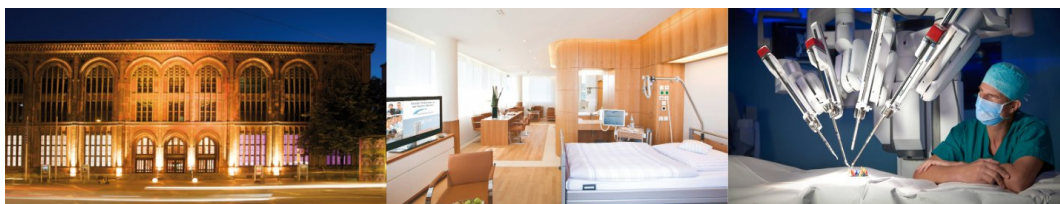


Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregation oder Case-Mix-Volumina".

<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>



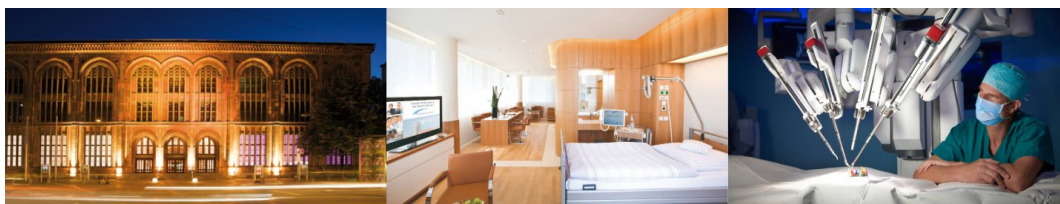
#	Medizinische Leistungsangebote
16	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>in Kooperation</i>
17	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>in Kooperation</i>
18	VI00 - („Sonstiges“) <i>Sportkardiologie</i>
19	VO00 - („Sonstiges“) <i>Telemedizin</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	1059
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

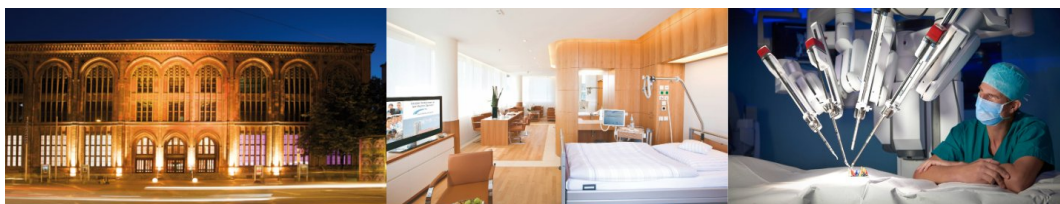
#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	231
2	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	120
3	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	65
4	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	56
5	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	50
6	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	47
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	41
8	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	39
9	I20.0	Instabile Angina pectoris	35
10	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	25
11	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	24



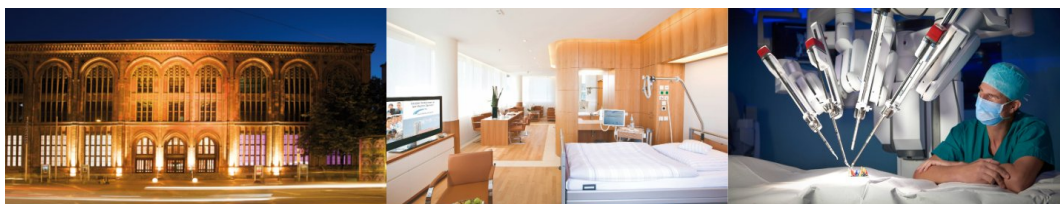
#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
12	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	22
13	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	18
14	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	16
15	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	15
16	I48.3	Vorhofflattern, typisch	14
17	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	12
18	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	12
19	I35.0	Aortenklappenstenose	11
20	R93.1	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Herzens und des Koronarkreislaufes	11
21	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	8
22	I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	8
23	Q21.1	Vorhofseptumdefekt	8
24	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	8
25	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardioverter-Defibrillators	8
26	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	7
27	I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	7
28	R55	Synkope und Kollaps	7
29	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	7
30	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	7

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	315
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	191
3	I20	Angina pectoris	158



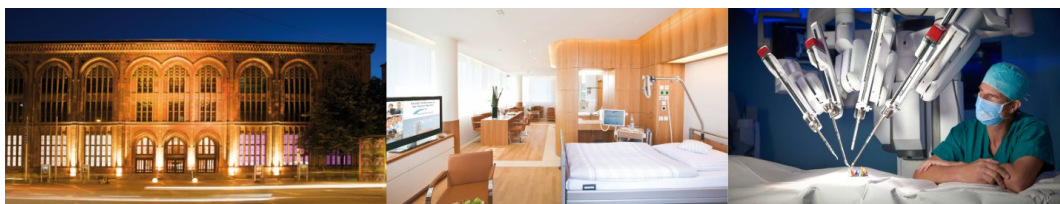
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	I50	Herzinsuffizienz	90
5	I47	Paroxysmale Tachykardie	47
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	33
7	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	26
8	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	25
9	R07	Hals- und Brustschmerzen	24
10	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	22
11	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	12
12	I26	Lungenembolie	12
13	I11	Hypertensive Herzkrankheit	12
14	R93	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Körperstrukturen	11
15	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	9
16	R55	Synkope und Kollaps	7
17	R94	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen	6
18	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	5
19	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4
20	I42	Kardiomyopathie	4
21	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4
22	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
23	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
24	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	< 4
25	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
26	I51	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	< 4
27	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
28	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	< 4
29	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4



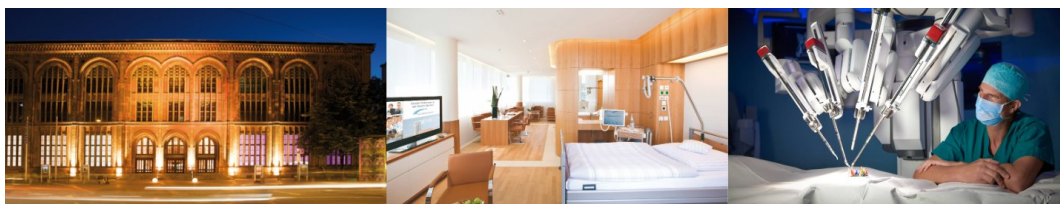
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

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	464
2	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	247
3	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	223
4	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	223
5	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	207
6	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	198
7	8-83b.08	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	164
8	1-274.30	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel	159
9	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	154
10	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	116
11	8-835.a5	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Kryoablation: Pulmonalvenen	113
12	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	111
13	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	106



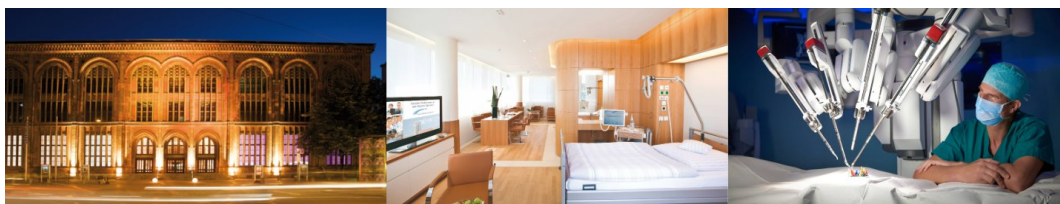
#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	102
15	8-835.j	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	79
16	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon	78
17	1-268.3	Kardiales Mapping: Rechter Ventrikel	76
18	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	59
19	1-266.3	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Medikamentöser Provokationstest (zur Erkennung von Arrhythmien)	56
20	8-835.20	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	52
21	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]	47
22	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	45
23	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	45
24	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	42
25	1-265.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Störungen der AV-Überleitung	41
26	8-835.35	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Pulmonalvenen	39
27	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	39
28	8-835.21	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: AV-Knoten	38
29	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	34



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	31

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	537
2	1-268	Kardiales Mapping	512
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	463
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	414
5	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	369
6	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	255
7	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	250
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	223
9	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	220
10	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	161
11	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	111
12	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	69
13	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	67
14	3-05g	Endosonographie des Herzens	59
15	9-984	Pflegebedürftigkeit	58
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	45
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	34
18	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	31
19	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	28
20	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	26



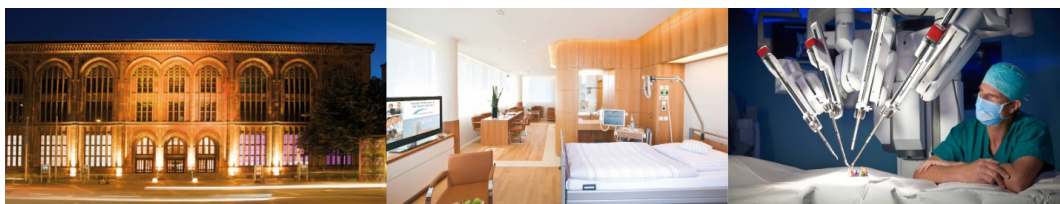
#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
21	3-200	Native Computertomographie des Schädels	23
22	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	21
23	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	21
24	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	20
25	8-83d	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	19
26	3-202	Native Computertomographie des Thorax	18
27	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	17
28	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	16
29	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	13
30	3-611	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax	13

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

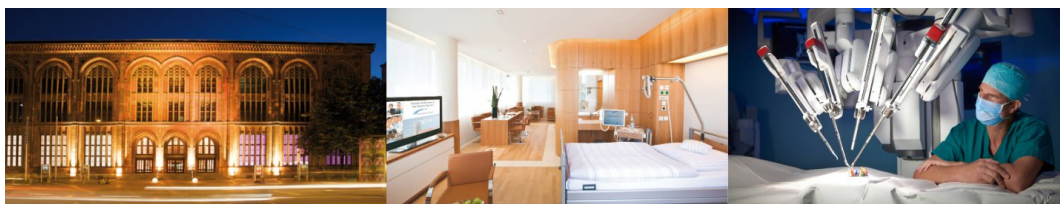


#	Ambulanz	Leistung
7	Praxis für Kardiologie	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
8	Praxis für Kardiologie	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
9	Praxis für Kardiologie	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
10	Praxis für Kardiologie	VI34 - Elektrophysiologie
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

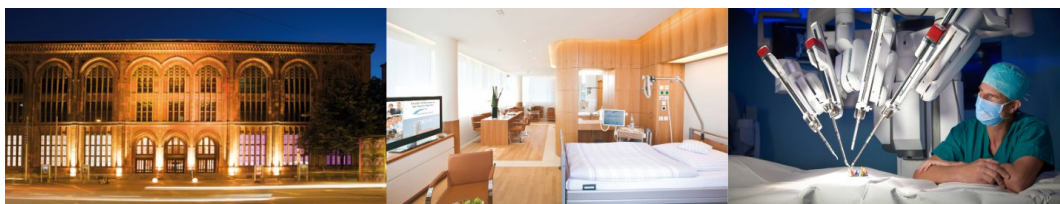
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	307



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
2	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	54
3	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	13
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	11
5	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	10
6	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	10
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	8
8	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	6
9	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	4
10	1-276	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme	4
11	5-983	Reoperation	< 4
12	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	< 4
13	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4
14	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
15	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	< 4
16	1-268	Kardiales Mapping	< 4
17	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	< 4
18	3-05g	Endosonographie des Herzens	< 4
19	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	< 4
20	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
21	1-277	Herzkatheteruntersuchung bei funktionell/morphologisch univentrikulärem Herzen	< 4
22	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
23	3-721	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens	< 4
24	8-641	Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus	< 4
25	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	< 4



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	307
2	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	54
3	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	13
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	11
5	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	10
6	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	10
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	8
8	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	6
9	1-276	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme	4
10	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	4
11	5-983	Reoperation	< 4
12	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4
13	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	< 4
14	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	< 4
15	3-05g	Endosonographie des Herzens	< 4
16	1-268	Kardiales Mapping	< 4
17	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
18	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	< 4
19	3-721	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens	< 4
20	8-641	Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus	< 4
21	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	< 4
22	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
23	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	< 4
24	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
25	1-277	Herzkatheteruntersuchung bei funktionell/morphologisch univentrikulärem Herzen	< 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		14,36	Fälle je VK/Person	82,2205
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,48	Stationär	12,88

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,05	Fälle je VK/Person	174,464569
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,98	Stationär	6,07

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt		5	Fälle je VK/Person	211,8
--------	--	---	--------------------	-------

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		3,86	Fälle je VK/Person	274,352325
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,64	Ohne	0,22
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,86

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

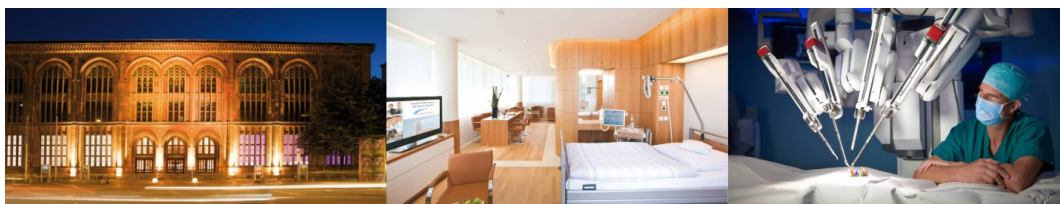
Gesamt		0,05	Fälle je VK/Person	21180
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,05

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,21	Fälle je VK/Person	5042,85742
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,19	Ohne	0,02
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,21

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,48	Fälle je VK/Person	2206,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,48



Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,16	Fälle je VK/Person	6618,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,16

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	PQ01 - Bachelor
3	PQ13 - Hygienefachkraft
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

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



#	Zusatzqualifikation
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	1284
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	216
2	N40	Prostatahyperplasie	157
3	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	89
4	N20.0	Nierenstein	75
5	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	61
6	N20.1	Ureterstein	53
7	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	53
8	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	31
9	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	26
10	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	24
11	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	23
12	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	22
13	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	17
14	N21.0	Stein in der Harnblase	16
15	I86.1	Skrotumvarizen	15



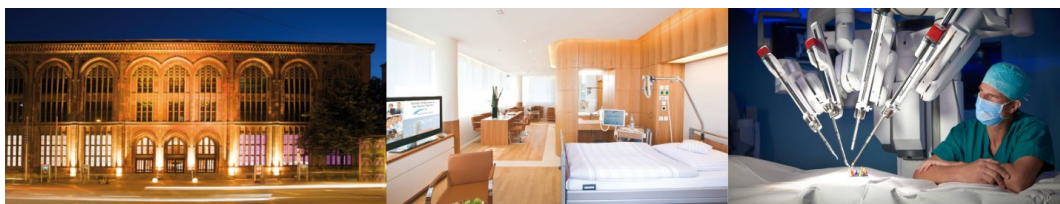
#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
16	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	14
17	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	13
18	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	12
19	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	12
20	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	11
21	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	11
22	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	10
23	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	10
24	D29.1	Gutartige Neubildung: Prostata	9
25	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	9
26	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	8
27	N32.3	Harnblasendivertikel	8
28	D30.0	Gutartige Neubildung: Niere	8
29	N30.0	Akute Zystitis	7
30	N39.42	Dranginkontinenz	7

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	216
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	171
3	N40	Prostatahyperplasie	157
4	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	146
5	N20	Nieren- und Ureterstein	139
6	N30	Zystitis	40
7	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	31
8	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	30

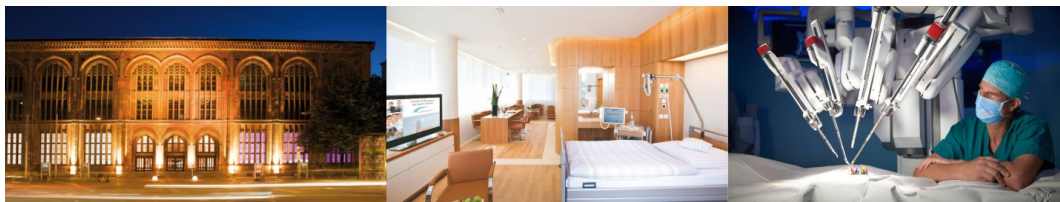


#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	28
10	N35	Harnröhrenstriktur	27
11	N21	Stein in den unteren Harnwegen	18
12	N43	Hydrozele und Spermatozele	17
13	I86	Varizen sonstiger Lokalisationen	15
14	D29	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	13
15	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	13
16	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	12
17	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	11
18	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	10
19	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	10
20	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane	10
21	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	8
22	N45	Orchitis und Epididymitis	8
23	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	7
24	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	7
25	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	7
26	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	7
27	R33	Harnverhaltung	6
28	N17	Akutes Nierenversagen	6
29	D40	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der männlichen Genitalorgane	6
30	C60	Bösartige Neubildung des Penis	6



B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

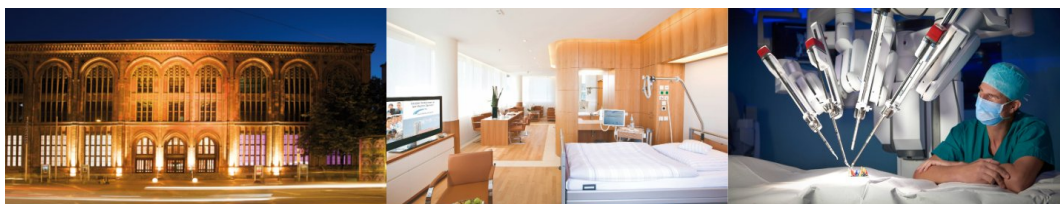
#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	753
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	742
3	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	476
4	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	274
5	3-13d.5	Urographie: Retrograd	170
6	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	156
7	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	149
8	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	142
9	5-573.41	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävlinsäure	128
10	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	120
11	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	96
12	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	85
13	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	78
14	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	78
15	5-985.8	Lasertechnik: Thulium-Laser	70
16	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	65
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	58
18	5-985.9	Lasertechnik: Holmium-Laser	56
19	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	52



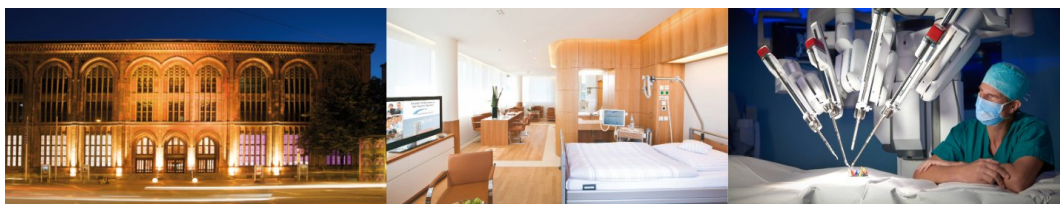
#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	49
21	1-999.2x	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Diagnostische Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	48
22	5-601.72	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Thulium-Laser-Enukleation	48
23	5-601.32	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Destruktion durch Hitze: Wasserdampfablation	38
24	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	37
25	5-550.30	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Perkutan-transrenal	36
26	5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	34
27	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	32
28	5-553.03	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Laparoskopisch	29
29	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	29
30	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	28

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	826
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	742
3	8-132	Manipulationen an der Harnblase	486
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	398
5	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	274



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	236
7	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	185
8	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	178
9	3-13d	Urographie	172
10	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	149
11	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	139
12	5-985	Lasertechnik	126
13	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	95
14	9-984	Pflegebedürftigkeit	80
15	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	79
16	5-572	Zystostomie	66
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	58
18	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	56
19	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	52
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	49
21	8-139	Andere Manipulationen am Harntrakt	47
22	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	40
23	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	37
24	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	33
25	5-469	Andere Operationen am Darm	33
26	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	31
27	5-553	Partielle Resektion der Niere	30
28	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	28
29	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	28



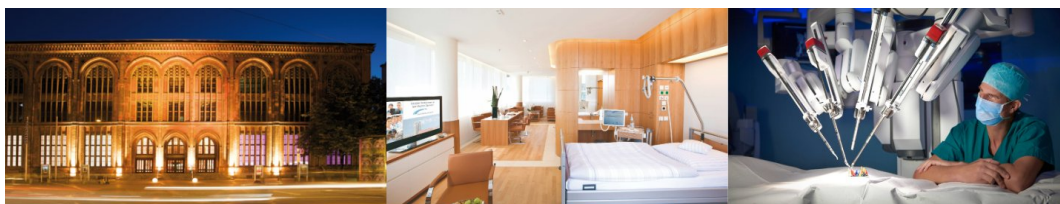
#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	27

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

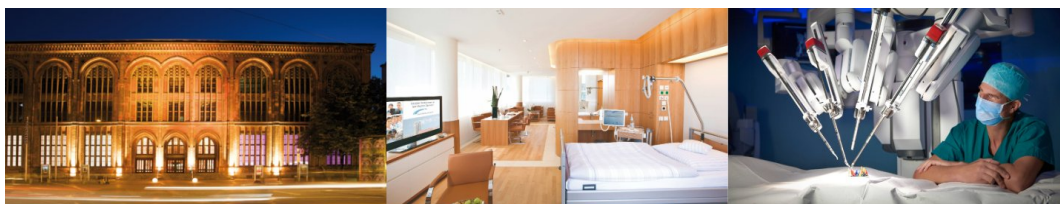


#	Ambulanz	Leistung
19	Urologische Praxis	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
20	Urologische Praxis	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
21	Urologische Praxis	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
22	Urologische Praxis	VU11 - Minimalinvasive 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.

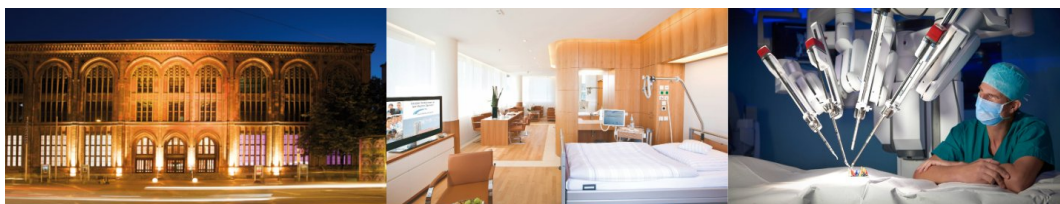
#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	64
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	52
3	3-13d	Urographie	33
4	5-640	Operationen am Präputium	30
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	29
6	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	11
7	1-466	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	6
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
9	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	5
10	5-641	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis	4
11	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	4
12	8-139	Andere Manipulationen am Harntrakt	< 4



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
13	1-463	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen	< 4
14	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	< 4
15	5-985	Lasertechnik	< 4
16	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	< 4
17	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
18	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	< 4
19	5-059	Andere Operationen an Nerven und Ganglien	< 4
20	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 4
21	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	< 4
22	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	< 4
23	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
24	5-98k	Art des Zystoskops	< 4
25	5-553	Partielle Resektion der Niere	< 4
26	5-633	Epididymektomie	< 4
27	5-629	Andere Operationen am Hoden	< 4
28	5-983	Reoperation	< 4
29	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	< 4
30	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	64
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	52
3	3-13d	Urographie	33
4	5-640	Operationen am Präputium	30
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	29



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	11
7	1-466	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	6
8	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	5
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
10	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	4
11	5-641	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis	4
12	5-985	Lasertechnik	< 4
13	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	< 4
14	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	< 4
15	8-139	Andere Manipulationen am Harntrakt	< 4
16	1-463	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen	< 4
17	5-059	Andere Operationen an Nerven und Ganglien	< 4
18	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	< 4
19	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
20	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
21	1-336	Harnröhrenkalibrierung	< 4
22	5-983	Reoperation	< 4
23	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	< 4
24	8-132	Manipulationen an der Harnblase	< 4
25	3-13g	Urethrographie	< 4
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
27	1-660	Diagnostische Urethroskopie	< 4
28	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	< 4
29	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
30	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 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		12,67	Fälle je VK/Person	125,268288
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,42	Stationär	10,25

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

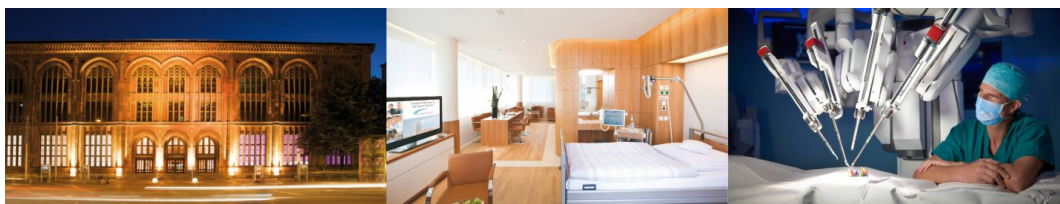
Gesamt		6,08	Fälle je VK/Person	276,129028
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,43	Stationär	4,65

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt		4	Fälle je VK/Person	321
--------	--	---	--------------------	-----

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 Tumorthherapie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		9,95	Fälle je VK/Person	129,045227
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,4	Ohne	0,55
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,95

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

Gesamt		0,13	Fälle je VK/Person	9876,924
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,13

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,55	Fälle je VK/Person	2334,54541
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,49	Ohne	0,06
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,55

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,25	Fälle je VK/Person	1027,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,25



Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,41	Fälle je VK/Person	3131,70728
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,41

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
5	PQ01 - Bachelor
6	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
7	PQ20 - Praxisanleitung

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
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP09 - Kontinenzmanagement
9	ZP13 - Qualitätsmanagement
10	ZP14 - Schmerzmanagement



#	Zusatzqualifikation
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

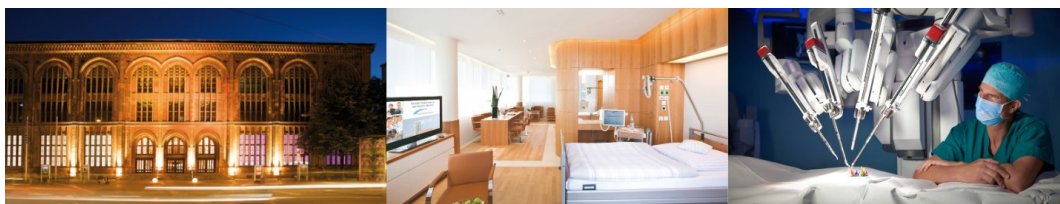
Vollstationäre Fallzahl	1115
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit	90
2	K51.8	Sonstige Colitis ulcerosa	42
3	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	40
4	D12.6	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	36



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
5	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	33
6	D12.3	Gutartige Neubildung: Colon transversum	27
7	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	26
8	K63.5	Polyp des Kolons	25
9	D13.2	Gutartige Neubildung: Duodenum	24
10	K22.2	Ösophagusverschluss	20
11	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	19
12	K83.1	Verschluss des Gallenganges	15
13	D12.8	Gutartige Neubildung: Rektum	14
14	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	14
15	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	13
16	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	13
17	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	12
18	K63.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Darmes	12
19	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	12
20	D12.4	Gutartige Neubildung: Colon descendens	12
21	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	11
22	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	10
23	K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	10
24	D12.5	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum	9
25	K52.1	Toxische Gastroenteritis und Kolitis	9
26	R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme	9
27	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	9
28	K29.1	Sonstige akute Gastritis	9



#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
29	D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien	8
30	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	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	172
2	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	104
3	K51	Colitis ulcerosa	50
4	K57	Divertikulose des Darmes	44
5	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	40
6	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	39
7	K29	Gastritis und Duodenitis	36
8	K80	Cholelithiasis	34
9	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	30
10	D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	28
11	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	26
12	C16	Bösartige Neubildung des Magens	23
13	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	22
14	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	22
15	D50	Eisenmangelanämie	21
16	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	21
17	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	20
18	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	20
19	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	18
20	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	16
21	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	14



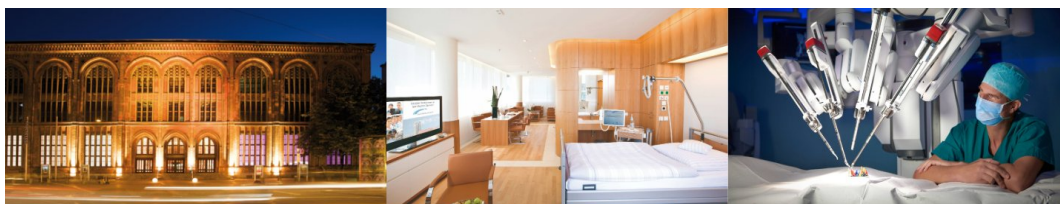
#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	13
23	R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	10
24	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	10
25	K58	Reizdarmsyndrom	9
26	D64	Sonstige Anämien	9
27	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	9
28	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	9
29	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	8
30	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	8

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	711
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	646
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	588
4	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	365
5	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	313
6	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	283
7	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	259
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	189
9	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	189
10	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	165
11	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	162

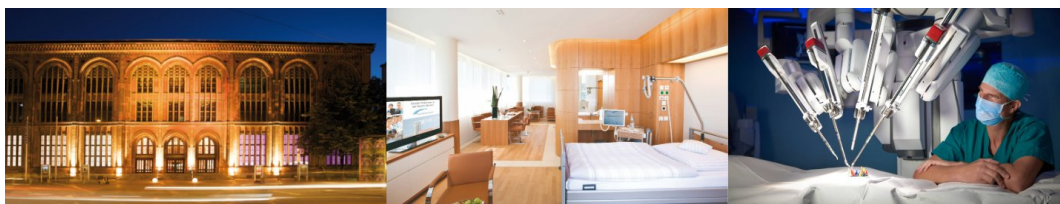


#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
12	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	147
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	141
14	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	133
15	5-452.a0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser: 1 Polyp	89
16	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	75
17	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	73
18	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	70
19	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	61
20	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	59
21	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	58
22	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	47
23	1-645	Zugang durch retrograde Endoskopie	43
24	3-053	Endosonographie des Magens	41
25	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	39
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	38
27	3-843.0	Magnetresonananz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin- Unterstützung	37
28	5-513.5	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage	37
29	3-051	Endosonographie des Ösophagus	35
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	34



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	724
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	715
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	601
4	5-469	Andere Operationen am Darm	446
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	388
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	382
7	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	365
8	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	283
9	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	189
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	189
11	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	165
12	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	158
13	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	147
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	141
15	9-984	Pflegebedürftigkeit	123
16	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	73
17	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	64
18	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	61
19	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	59
20	5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	46
21	5-489	Andere Operation am Rektum	44
22	1-645	Zugang durch retrograde Endoskopie	43
23	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	42
24	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	42



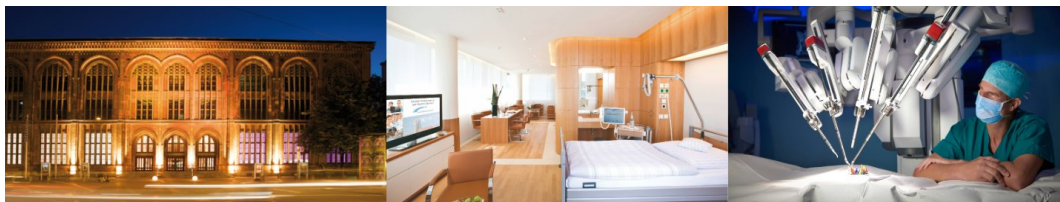
#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
25	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	41
26	3-053	Endosonographie des Magens	41
27	8-547	Andere Immuntherapie	40
28	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	37
29	3-051	Endosonographie des Ösophagus	35
30	5-449	Andere Operationen am Magen	35

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

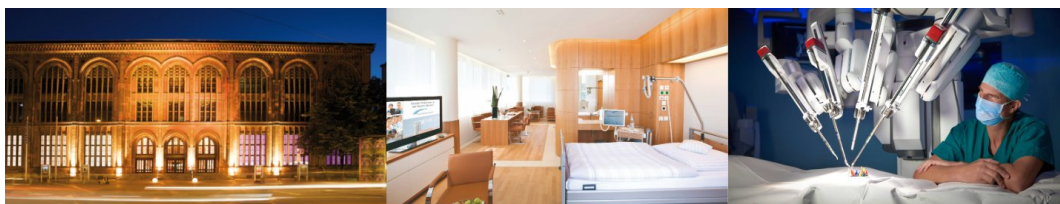
#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Gastroenterologische Privatambulanz
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Gastroenterologische Ambulanz

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
9	Gastroenterologische Ambulanz	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)



#	Ambulanz	Leistung
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
30	Gastroenterologische Privatambulanz	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

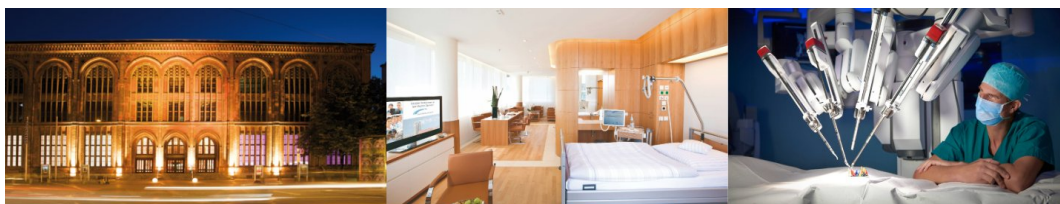


#	Ambulanz	Leistung
31	Gastroenterologische Privatambulanz	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
32	Gastroenterologische Privatambulanz	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
33	Gastroenterologische Privatambulanz	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen 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

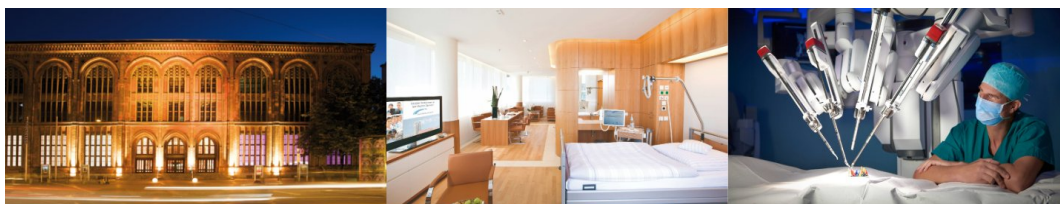
B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1488
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	1433



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1255
4	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	667
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	302
6	3-058	Endosonographie des Rektums	177
7	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	165
8	1-651	Diagnostische Sigmoideoskopie	111
9	5-469	Andere Operationen am Darm	83
10	3-051	Endosonographie des Ösophagus	79
11	1-653	Diagnostische Proktoskopie	74
12	3-053	Endosonographie des Magens	74
13	3-054	Endosonographie des Duodenums	70
14	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	61
15	3-056	Endosonographie des Pankreas	49
16	1-313	Ösophagusmanometrie	37
17	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	37
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	17
19	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	14
20	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	9
21	1-636	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)	7
22	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	7
23	5-449	Andere Operationen am Magen	6
24	5-489	Andere Operation am Rektum	5
25	1-445	Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt	5
26	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	4
27	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4



#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
28	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 4
29	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	< 4
30	5-422	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1488
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	1433
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1255
4	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	667
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	302
6	3-058	Endosonographie des Rektums	177
7	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	165
8	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	111
9	5-469	Andere Operationen am Darm	83
10	3-051	Endosonographie des Ösophagus	79
11	3-053	Endosonographie des Magens	74
12	1-653	Diagnostische Proktoskopie	74
13	3-054	Endosonographie des Duodenums	70
14	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	61
15	3-056	Endosonographie des Pankreas	49
16	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	37
17	1-313	Ösophagusmanometrie	37
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	17
19	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	14
20	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	9



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
21	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	7
22	1-636	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)	7
23	5-449	Andere Operationen am Magen	6
24	1-445	Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt	5
25	5-489	Andere Operation am Rektum	5
26	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4
27	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	4
28	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 4
29	5-422	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus	< 4
30	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	< 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

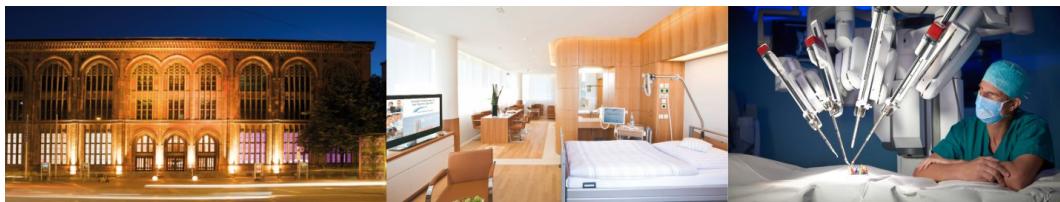
B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	11,08	Fälle je VK/Person	100,631767
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,08	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär
			11,08

– davon Fachärztinnen und Fachärzte



Gesamt		5,5	Fälle je VK/Person	202,727264
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 Tumorthherapie

B-[6].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		6,89	Fälle je VK/Person	161,828735
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,51	Ohne	0,38
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,89

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

Gesamt		0,09	Fälle je VK/Person	12388,8887
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,09



Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,38	Fälle je VK/Person	2934,21045
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,34	Ohne	0,04
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,38

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,86	Fälle je VK/Person	1296,5116
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,86

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,28	Fälle je VK/Person	3982,14282
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,28

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ01 - Bachelor
5	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
6	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement



#	Zusatzqualifikation
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		31,79	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	31,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,35	Stationär	27,44

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		14,1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,35	Stationär	9,75

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		21,37	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,86	Ohne	3,51
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	21,37

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,36	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	0,36
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,36

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ12 - Notfallpflege
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
5	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
6	PQ20 - Praxisanleitung



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	33
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	33
09/2 - Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	
Fallzahl	15
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	15
09/3 - Herzschrittmacher - Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	
Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	12
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	18
Dokumentationsrate	100



Anzahl Datensätze Standort	18
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	155
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	155
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	164
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	164
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	15
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	15
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	134
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	134
HEP_IMP - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	133
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	133
HEP_WE - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	176
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	176
KEP_IMP - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	171
Dokumentationsrate	100

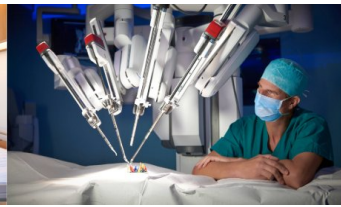


Anzahl Datensätze Standort	171
KEP_WE - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	98
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	98
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	301
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	301

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. 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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen



Fachlicher Hinweis IQTIG

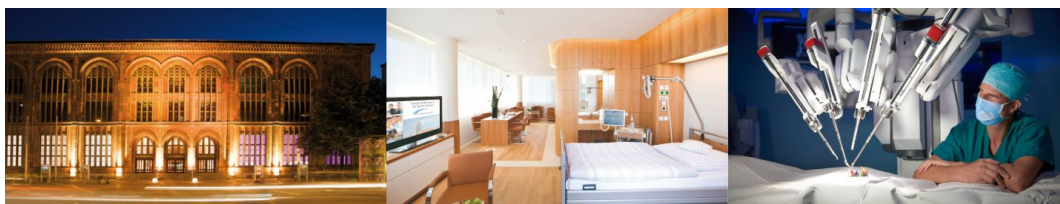
Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	2,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 10,70

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

2. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur



Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58001
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 2,78
Grundgesamtheit	Datenschutz



Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

3. 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

<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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>
---------------------------------	--



können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,76

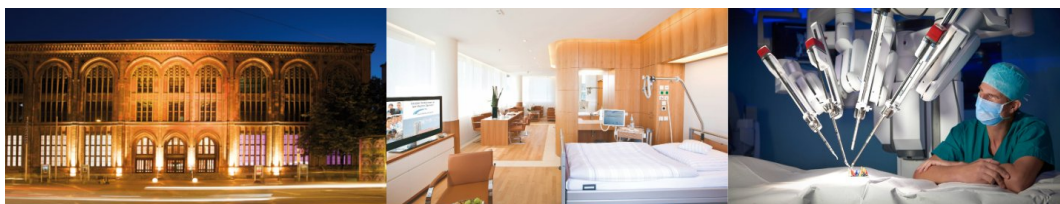
Grundgesamtheit	95
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,67

Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

4. 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

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der



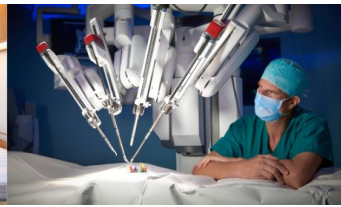
Fachlicher Hinweis IQTIG

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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,57

Grundgesamtheit	95
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,55

Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10



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

5. 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
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen</p>



	Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,01

Grundgesamtheit	95
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,84

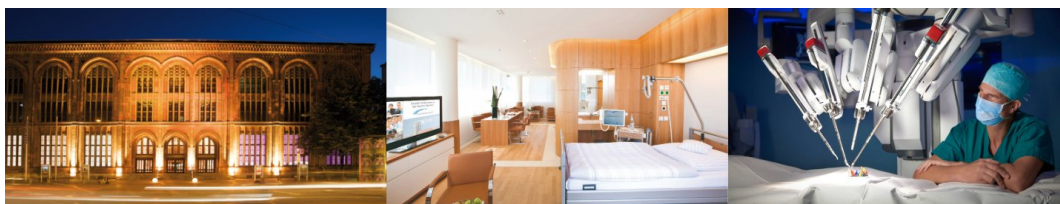
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

6. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58005
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Fachlicher Hinweis IQTIG



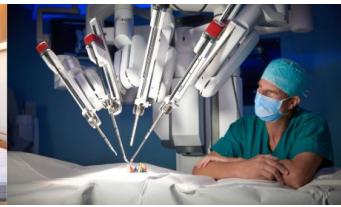
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 2,33

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

7. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58006
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



Fachlicher Hinweis IQTIG

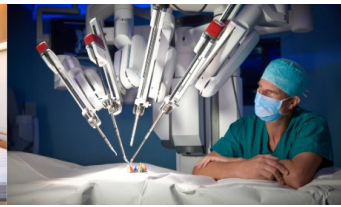
Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,79

Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32

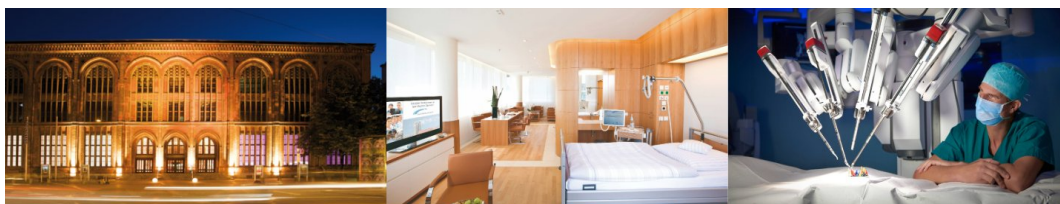
Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtszeitraum	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtszeitraum	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

8. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der</p>



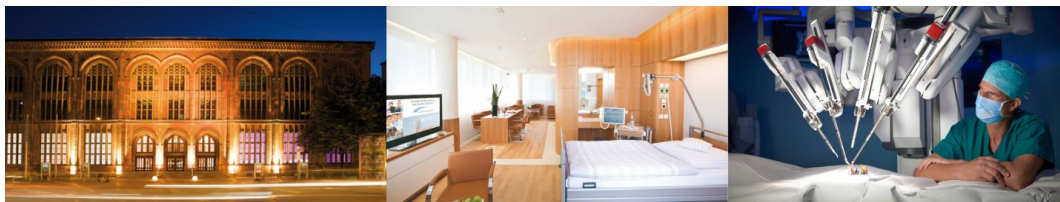
	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 0,78

Grundgesamtheit	10791
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	20,29

Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

9. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15



Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,04

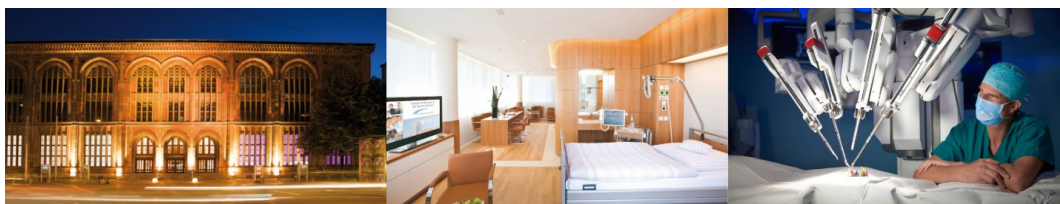
Grundgesamtheit	10791
Beobachtete Ereignisse	0

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

10. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz



11. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

12. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

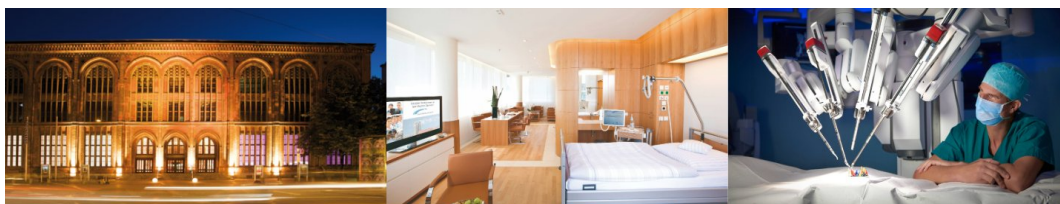


Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,11

Grundgesamtheit	10791
Beobachtete Ereignisse	5

13. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-



Referenzbereich	<= 10,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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



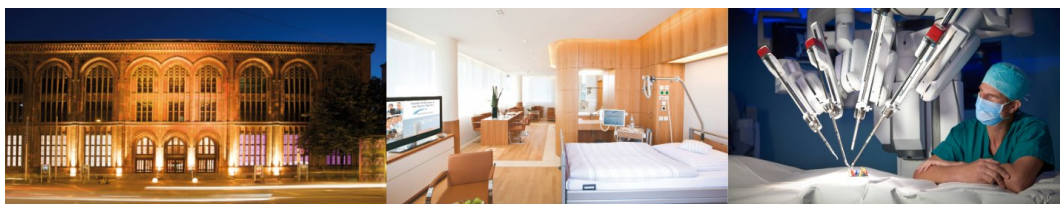
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
---	-------------

15. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

16. 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

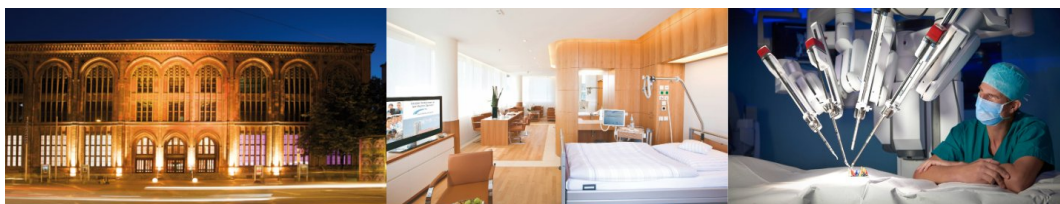
Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen



	zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

17. 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
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>



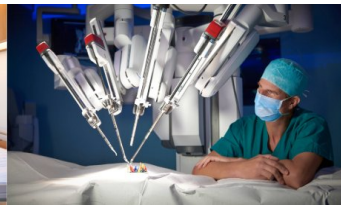
	können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,15

Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,17

Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

18. 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
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das



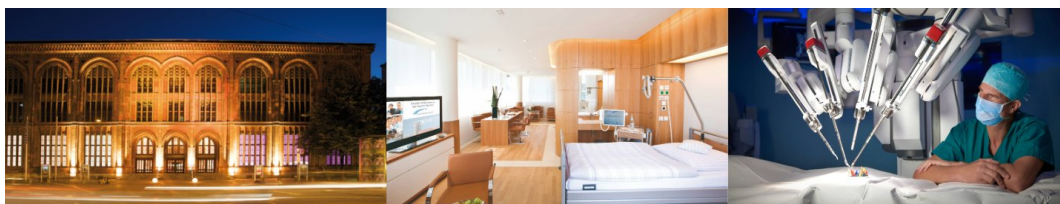
Fachlicher Hinweis IQTIG	auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

19. 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
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit



Fachlicher Hinweis IQTIG	einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 29,24

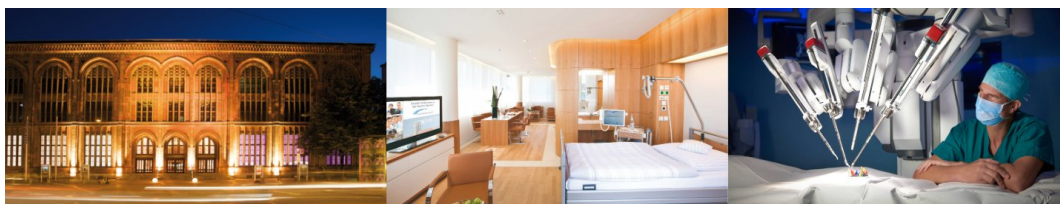
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

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

20. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen
--------------------------	--



	sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

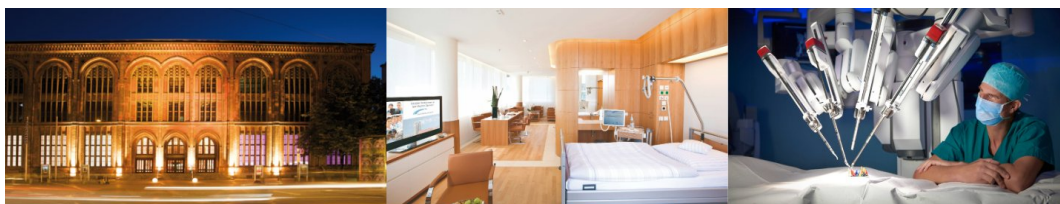
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

21. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link
--------------------------	---



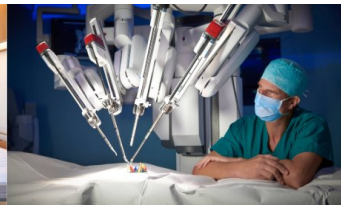
	entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	66,96 - 99,99

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

Referenzbereich	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

22. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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 Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den



Fachlicher Hinweis IQTIG

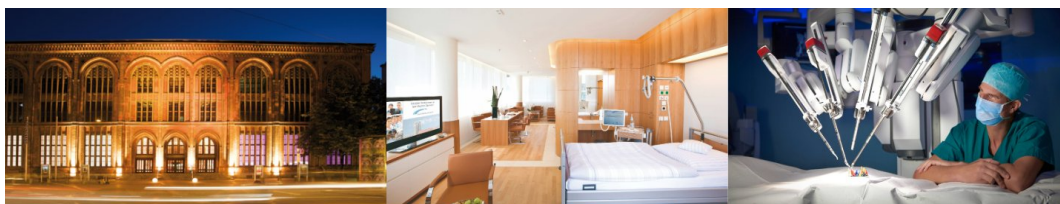
„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 2,98

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

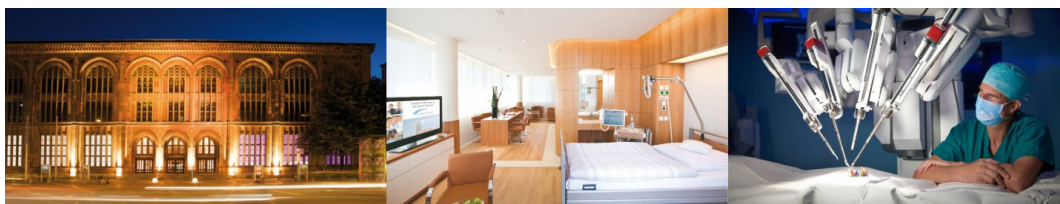
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

23. 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	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,07
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

24. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den

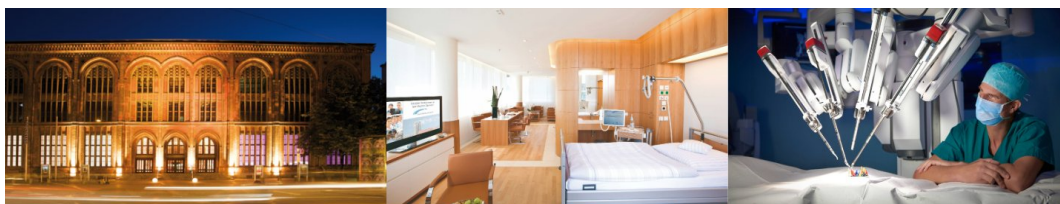


Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,47
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz



Erwartete Ereignisse	Datenschutz
25. 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
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,94



Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

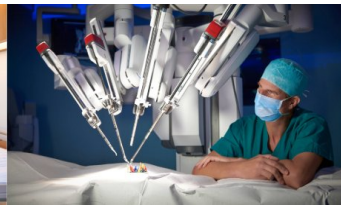
26. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Referenzbereich	<= 15,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,38
Grundgesamtheit	124

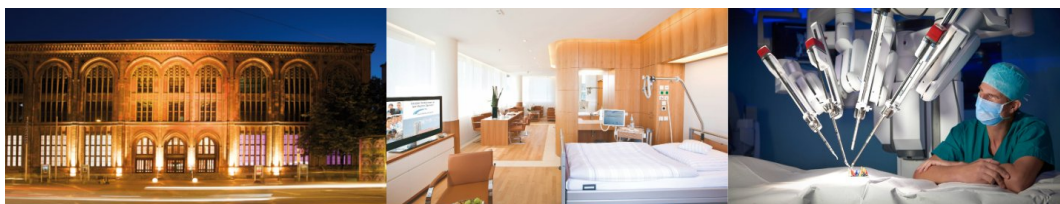


Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,28

Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

28. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine</p>



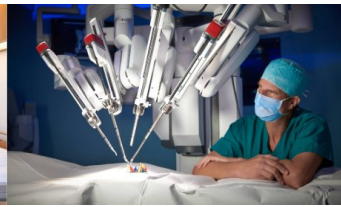
	fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 23,46

Grundgesamtheit	134
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16

Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

29. 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)

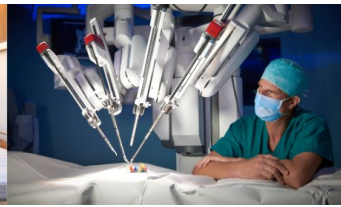
Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen



Fachlicher Hinweis IQTIG

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

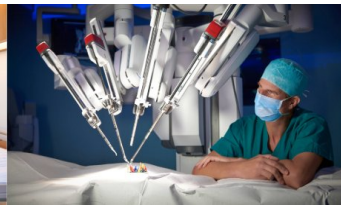
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01



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

30. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-</p>



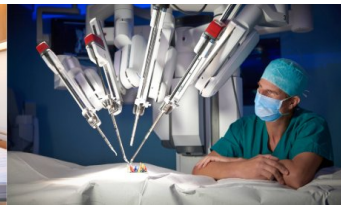
	Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,04

Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,83

Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

31. 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 systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen



Fachlicher Hinweis IQTIG

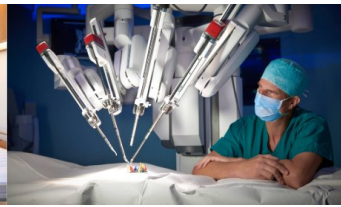
Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 106,83

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

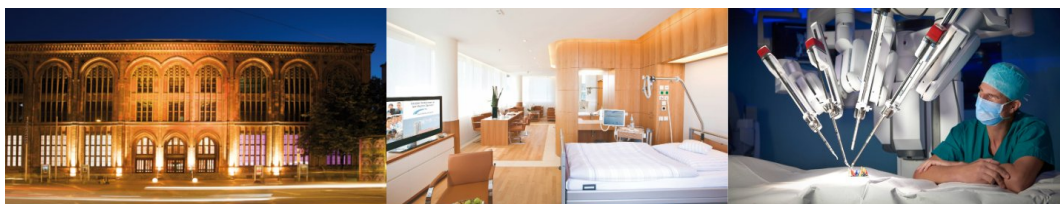
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der</p>



	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

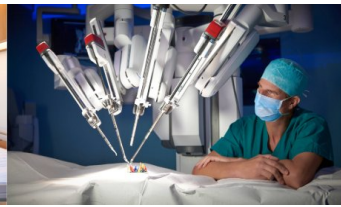
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten



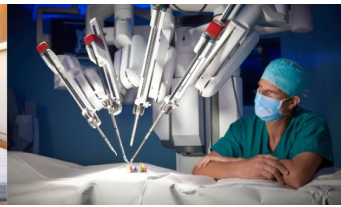
	<p>Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,59 - 3,73

Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,67

Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

34. 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

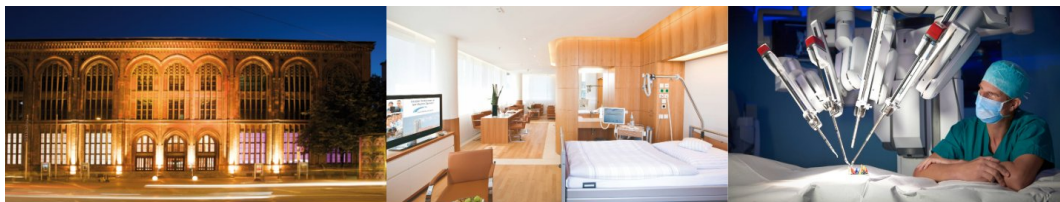


Fachlicher Hinweis IQTIG

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,02

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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

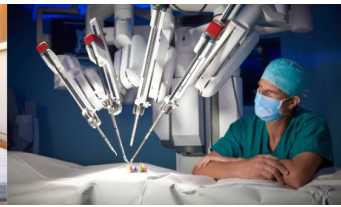
Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

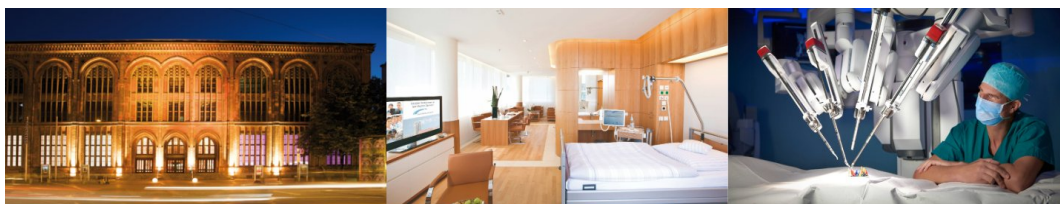
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 6,60



Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 3,12 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

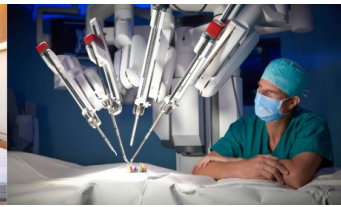
Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. 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
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung</p>



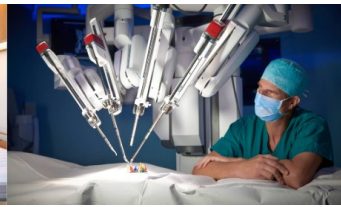
	aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	7,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,24 - 23,01

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

39. 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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere



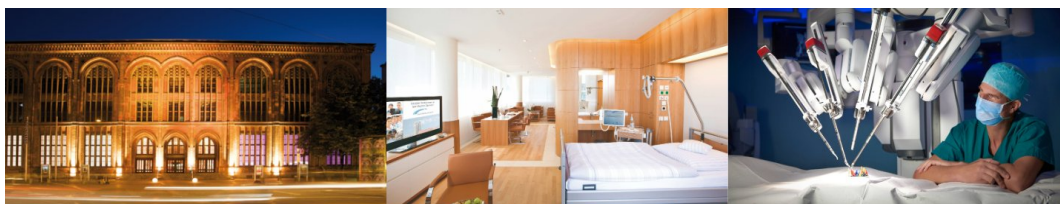
Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 86,81

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04

Referenzbereich	<= 6,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10



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

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

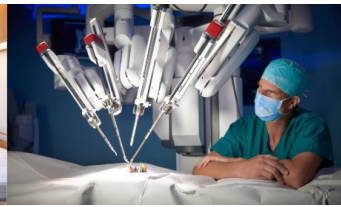
Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64
Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,09 - 100,00

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. 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
	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

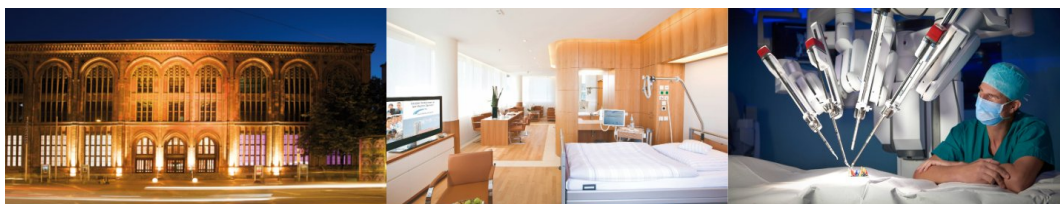
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,92

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,17

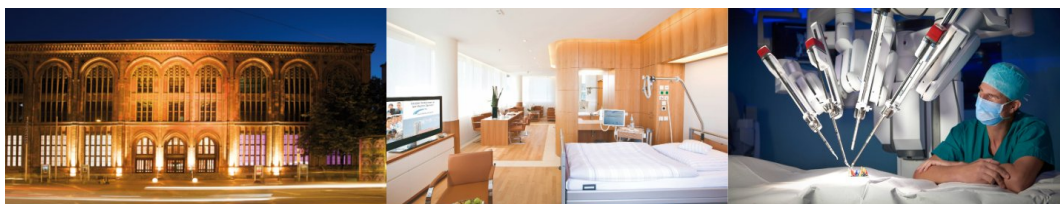
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. 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



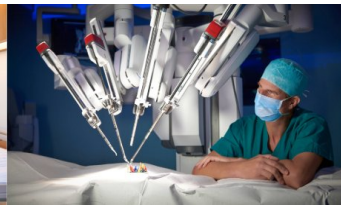
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239- 254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	97,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,43 - 99,61
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	44
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert



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

43. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von</p>



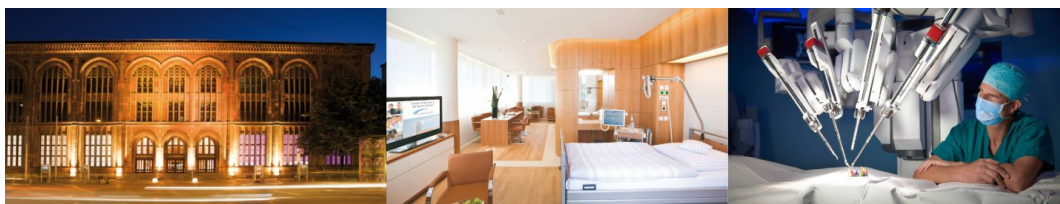
	Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	6,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,21 - 28,75

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

44. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität



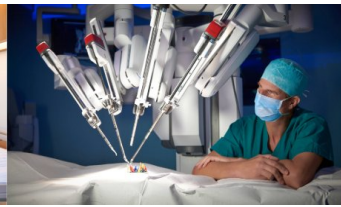
	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,63
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	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

45. 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 Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere



Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,76
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 30,02

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07

Referenzbereich	<= 4,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

46. 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

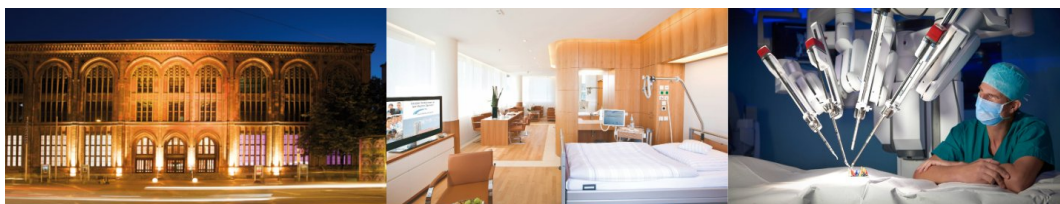
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39

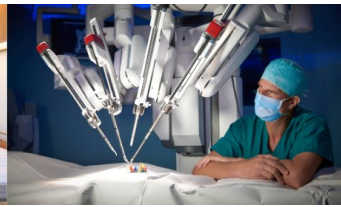
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0



Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. 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
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG,</p>



	Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,42

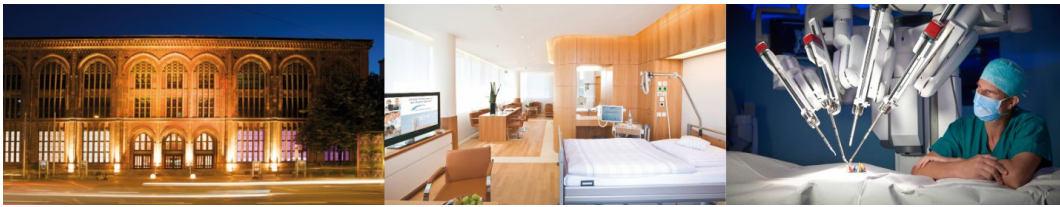
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,42

Referenzbereich	<= 3,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

49. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität
--------------------------	--



	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

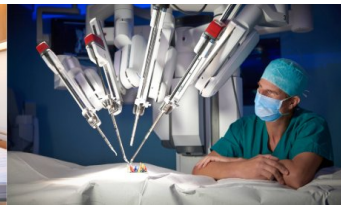
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in 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
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02



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

51. 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

<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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.</p>
---------------------------------	---



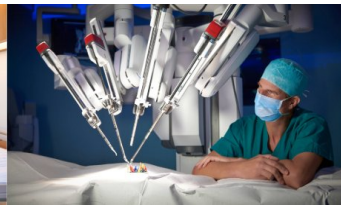
	Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ 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	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 4,13

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 2,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

52. 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)

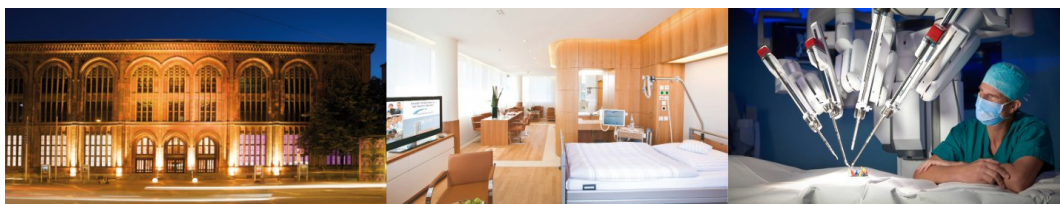
Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 44,12
Grundgesamtheit	22



Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

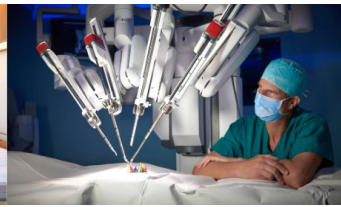
Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

53. 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

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

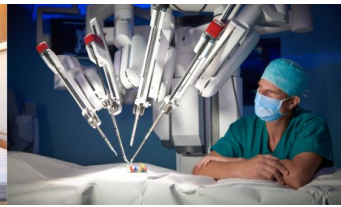


	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,70

Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,40

Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

54. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine



Fachlicher Hinweis IQTIG

fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

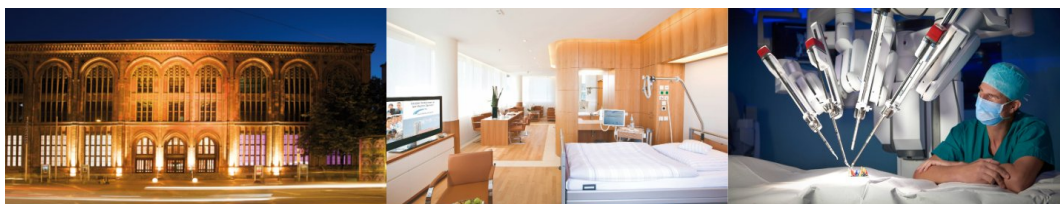
Einheit	%
Bundesergebnis	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	95,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,60 - 97,71

Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	115

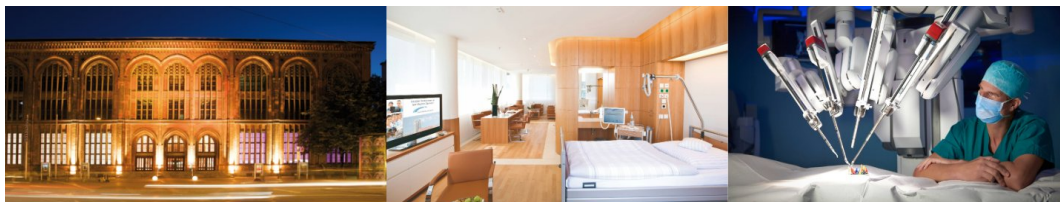
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

55. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01



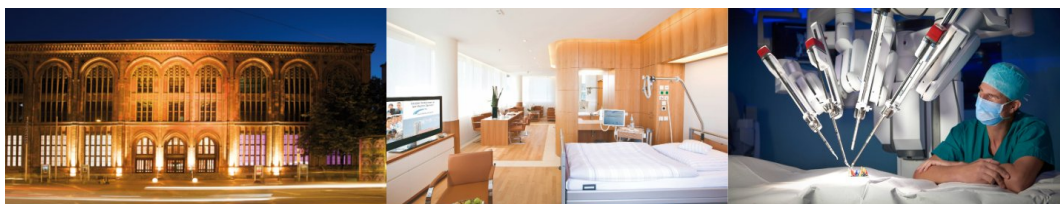
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,92

Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,50

Referenzbereich	<= 3,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

56. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	-



Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

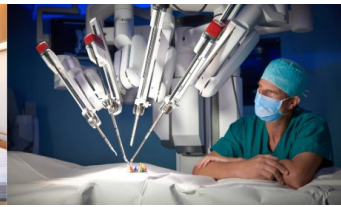
Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

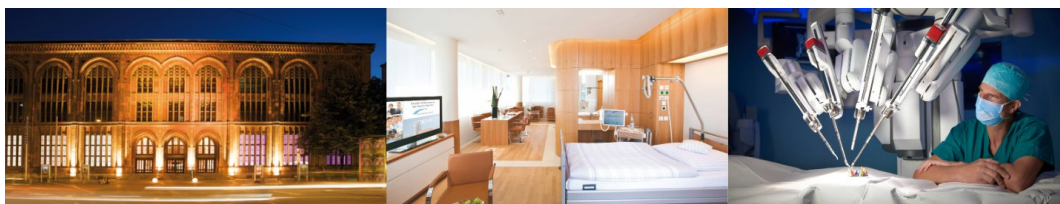
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 30,37



Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

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

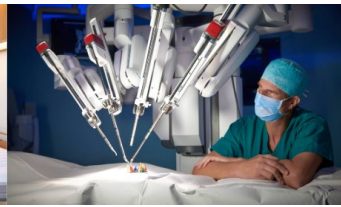
Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

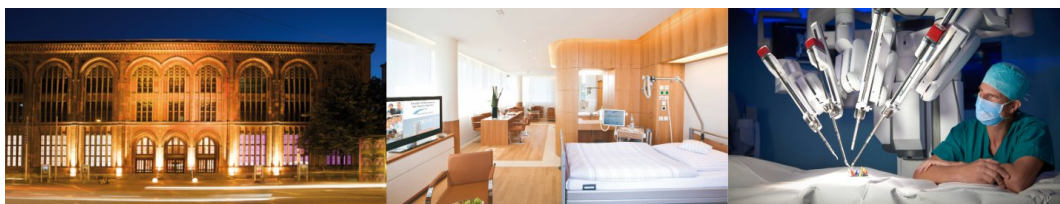
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. 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
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09



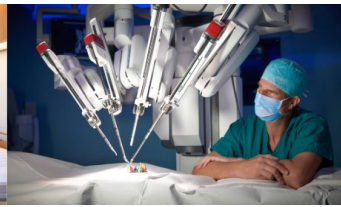
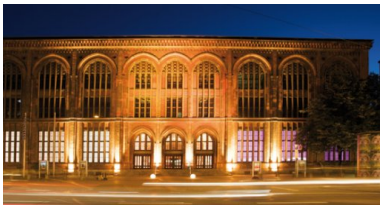
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,18

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,26

Referenzbereich	<= 3,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

61. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch

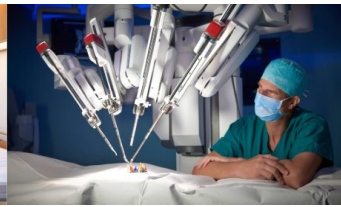


	<p>verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,50

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11

62. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link</p>



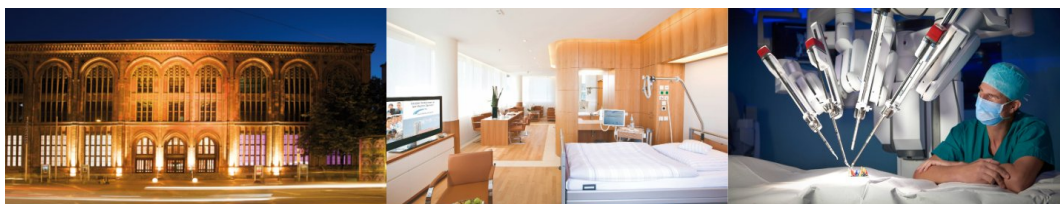
	entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	92,31
Vertrauensbereich bundesweit	92,01 - 92,60
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,41 - 100,00

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	18

Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verbessert

63. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:



	https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,67
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,36

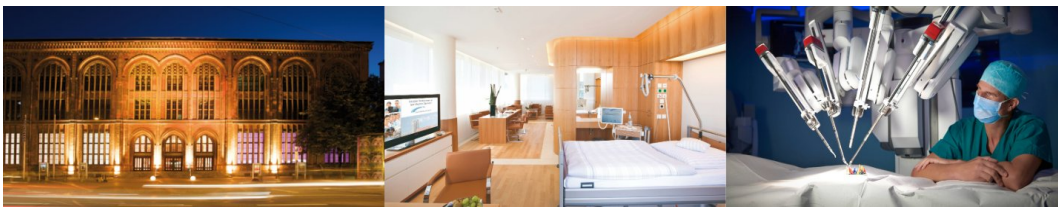
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0

64. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,83
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

65. 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

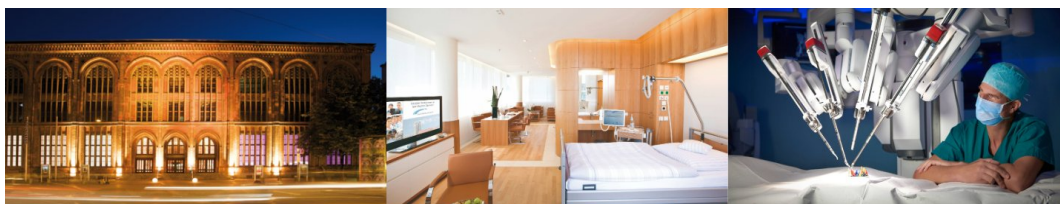
Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten



	Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,74
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 2,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

66. 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

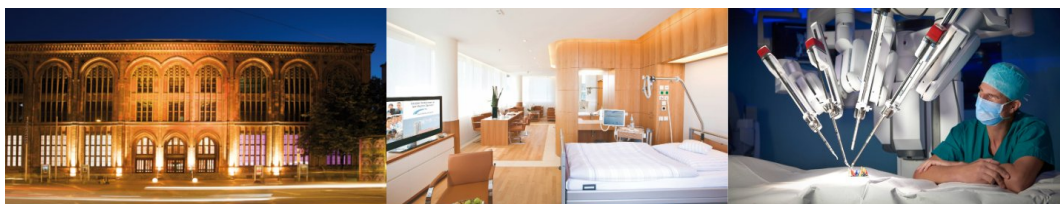
Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist



	aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 3,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

67. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,76 - 3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-



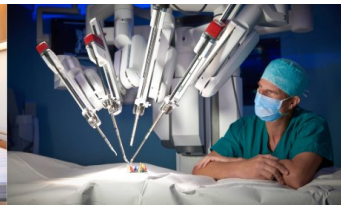
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

68. 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)

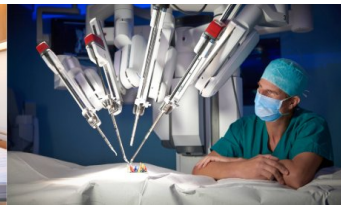
Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,05
Vertrauensbereich bundesweit	2,43 - 3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

69. 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)

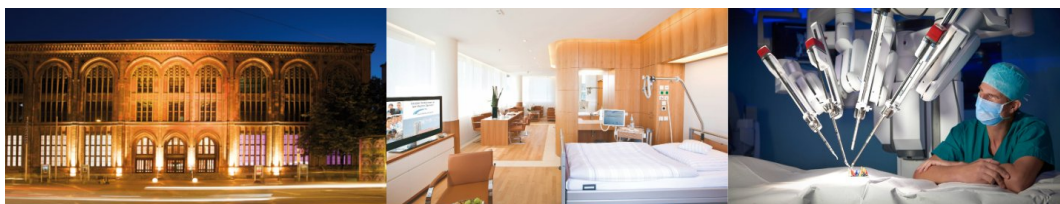
Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez



Bezug zum Verfahren	DeQS
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,05</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,90 - 1,22</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>-</p>
<p>70. 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)</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>51873</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten</p>



	Halsschlagader (Karotis)
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,05



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

Referenzbereich	<= 2,26 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. 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	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	6,98
Vertrauensbereich bundesweit	3,24 - 14,40



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

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53

Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0



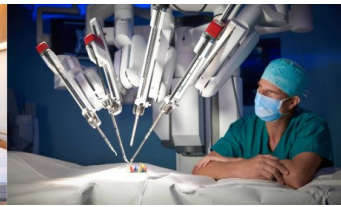
73. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,56 - 2,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

74. 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
<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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,19



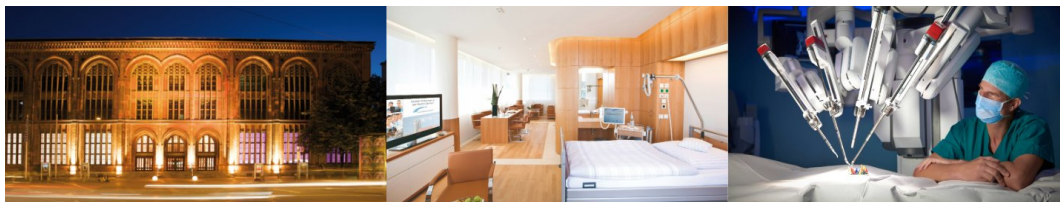
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,46

Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

75. Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,63
Vertrauensbereich bundesweit	99,58 - 99,68
Rechnerisches Ergebnis	92,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,74 - 97,90

Grundgesamtheit	41
-----------------	----



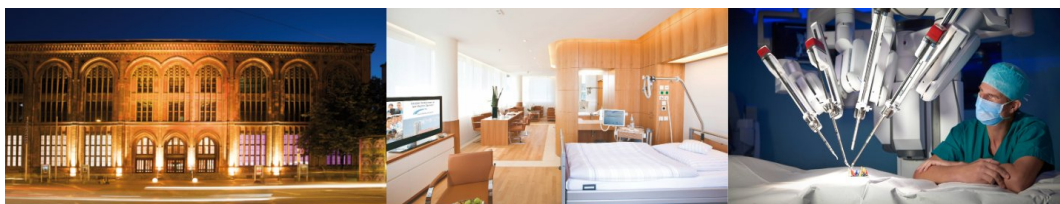
Beobachtete Ereignisse	38
Referenzbereich	>= 98,69 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

76. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,20
Vertrauensbereich bundesweit	95,73 - 96,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	>= 94,85 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert



Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

77. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	88,66
Vertrauensbereich bundesweit	88,27 - 89,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	>= 70,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

78. Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen



Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

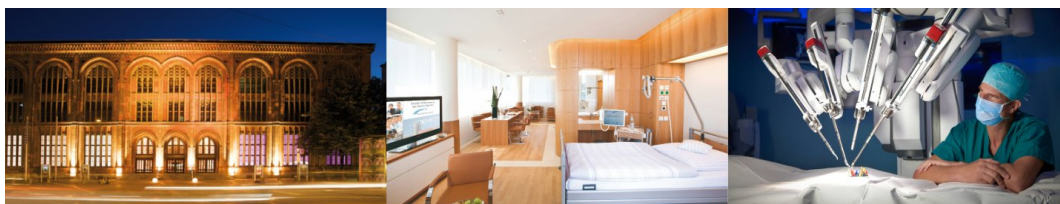
Ergebnis-ID	212400
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	80,10
Vertrauensbereich bundesweit	79,81 - 80,39
Rechnerisches Ergebnis	97,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,91 - 99,73

Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	39

Referenzbereich	>= 38,35 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. 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
--------------------	-------------

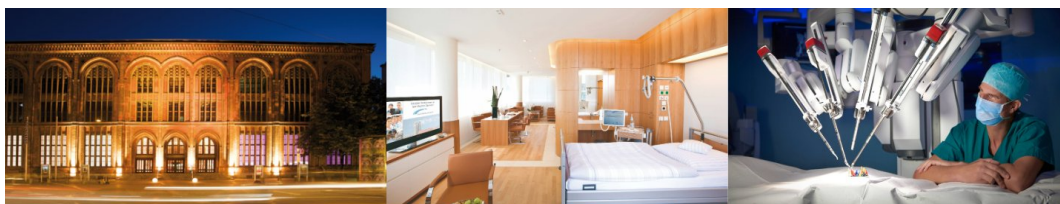


Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,53

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0

80. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15



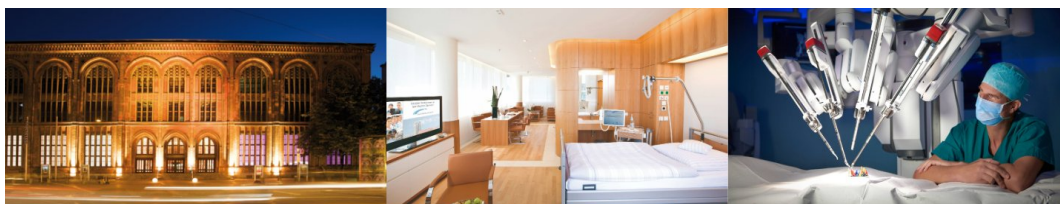
Einheit	%
Bundesergebnis	3,04
Vertrauensbereich bundesweit	2,62 - 3,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,64
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 1,75
Rechnerisches Ergebnis	0,00



Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,51
-------------------------------	-------------

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0

Referenzbereich	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

82. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p>
--------------------------	---

Einheit	%
Bundesergebnis	98,65
Vertrauensbereich bundesweit	98,57 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	93,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,27 - 98,09

Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	42



Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

83. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	97,33
Vertrauensbereich bundesweit	97,14 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,47 - 100,00

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10



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

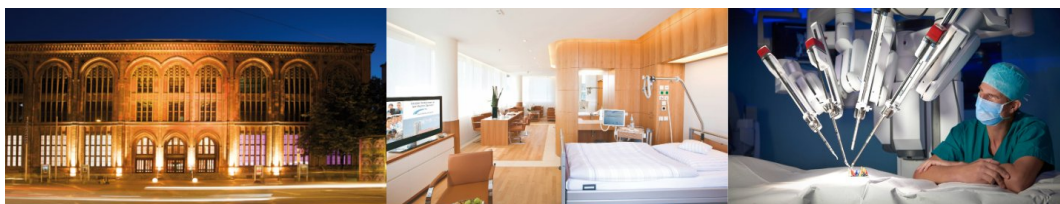
84. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,97
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,76 - 99,99

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7

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

85. 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.

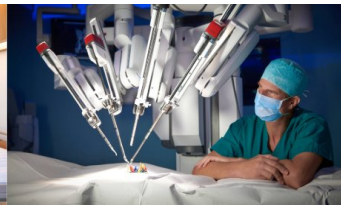
Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,73 - 99,04
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

86. 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
--------------------	--------------

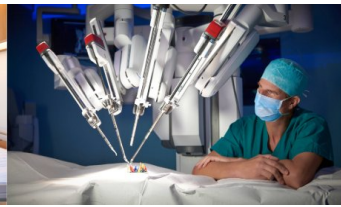


Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Referenzbereich	>= 75,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit

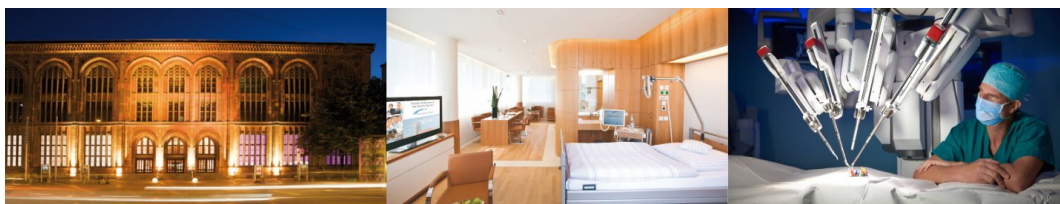


Fachlicher Hinweis IQTIG	einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Referenzbereich	<= 2,50 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

88. 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	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%



Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,80

Grundgesamtheit	311
Beobachtete Ereignisse	0

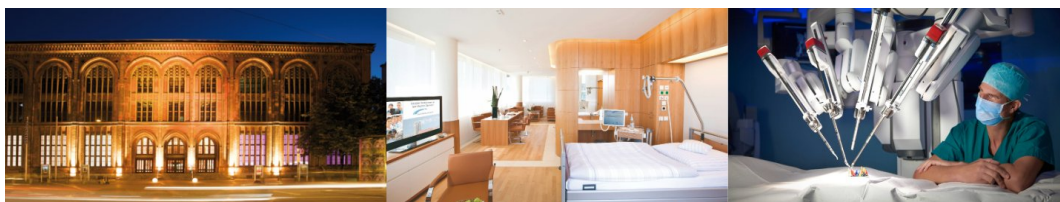
Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

89. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung



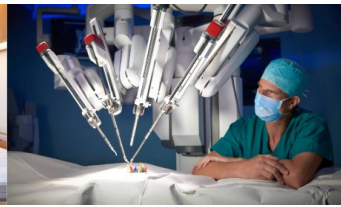
	möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

90. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten



Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	1,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,49 - 3,62

Grundgesamtheit	18
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

91. 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)

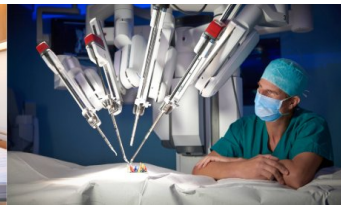
Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,14



Vertrauensbereich Krankenhaus	1,13 - 3,83
Grundgesamtheit	62
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

92. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen

Ergebnis-ID	56103
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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der</p>



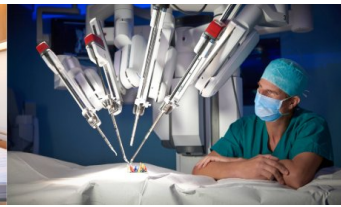
	<p>Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	93,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,34 - 95,80

Grundgesamtheit	88
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93. 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
	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

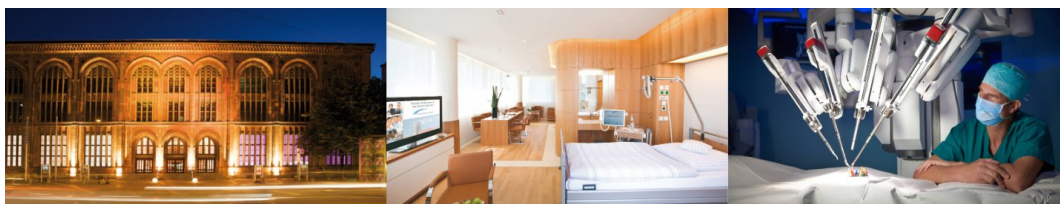
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	91,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,67 - 93,25

Grundgesamtheit	88
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94. 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
--------------------	--------------



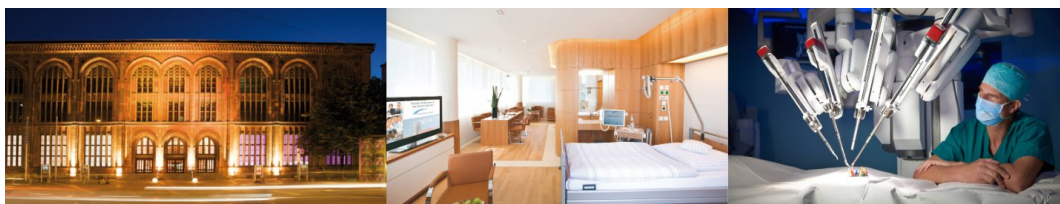
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	90,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,10 - 91,92



Grundgesamtheit	88
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

95. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs.</p>



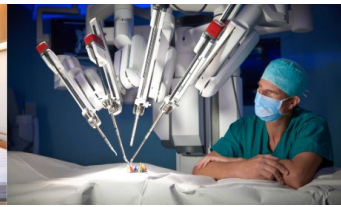
	8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	79,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,45 - 82,67

Grundgesamtheit	80
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen



Fachlicher Hinweis IQTIG

Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

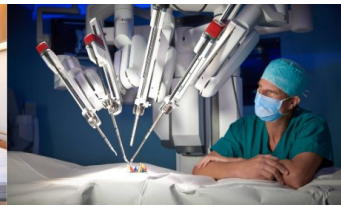
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	93,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,82 - 97,85

Grundgesamtheit	68
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

97. 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
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende



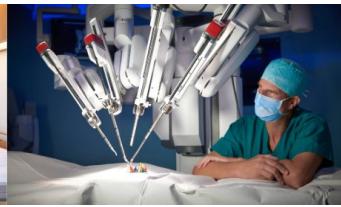
Fachlicher Hinweis IQTIG

Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	88,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,75 - 92,34

Grundgesamtheit	80
-----------------	----

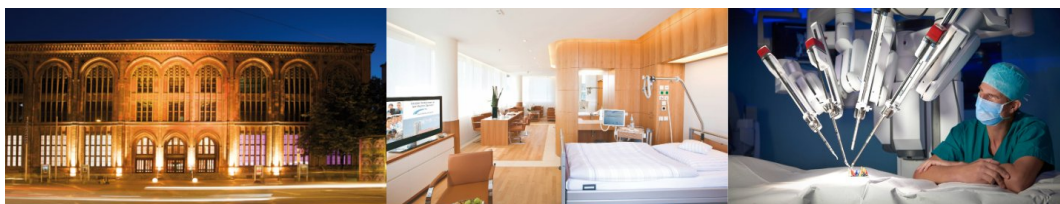
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99



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

98. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte



Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Rechnerisches Ergebnis	80,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,22 - 85,61

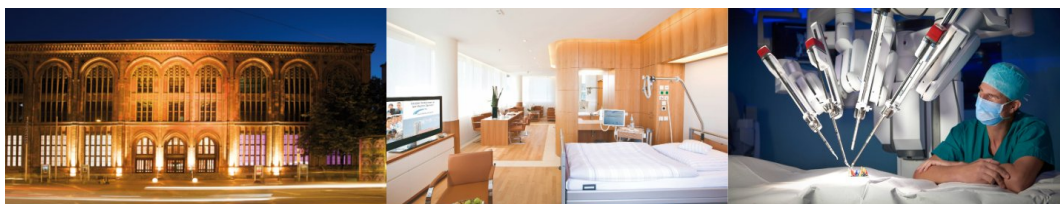
Grundgesamtheit	80
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde.
--------------------------	--



Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

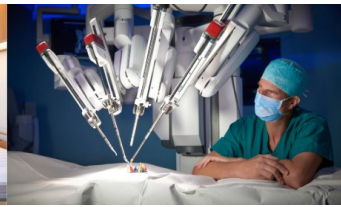
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Rechnerisches Ergebnis	93,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,86 - 97,73

Grundgesamtheit	31
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit



Fachlicher Hinweis IQTIG

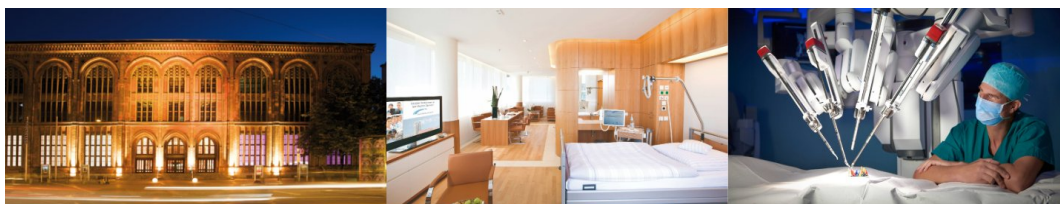
einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Rechnerisches Ergebnis	81,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,59 - 85,93

Grundgesamtheit	88
-----------------	----

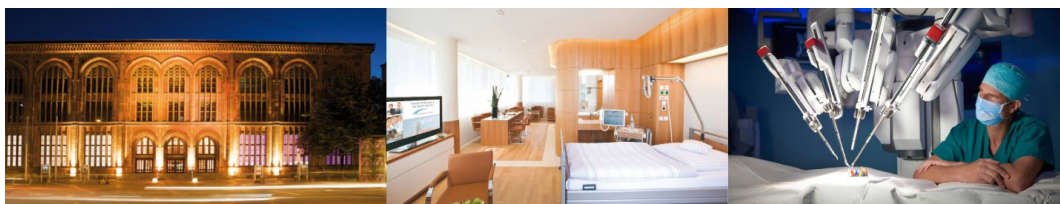
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85



Rechnerisches Ergebnis	67,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,17 - 75,41

Grundgesamtheit	18
-----------------	----

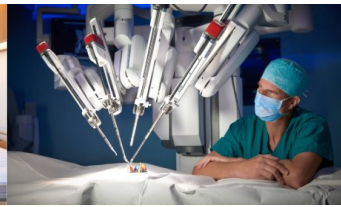
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi->



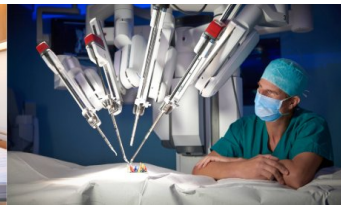
	patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen



Fachlicher Hinweis IQTIG

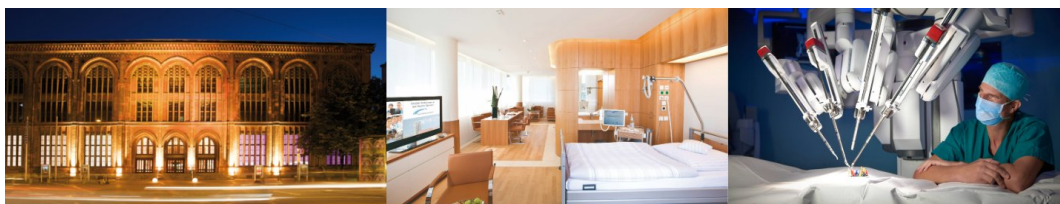
sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Rechnerisches Ergebnis	96,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,47 - 100,00

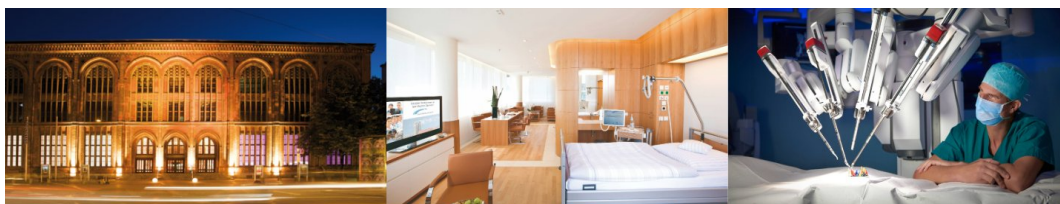
Grundgesamtheit	12
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel



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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Rechnerisches Ergebnis	83,15



Vertrauensbereich Krankenhaus	74,90 - 90,04
-------------------------------	---------------

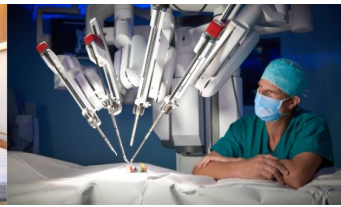
Grundgesamtheit	88
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der</p>
--------------------------	--

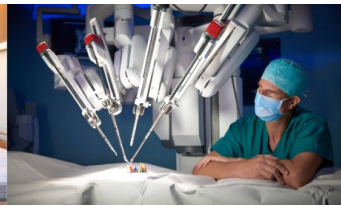


	<p>Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	96,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,22 - 99,48

Grundgesamtheit	88
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<p>106. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

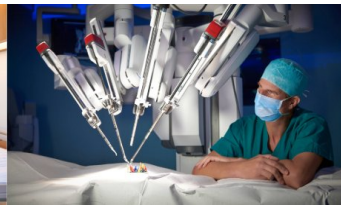
können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,89 - 1,98

Grundgesamtheit	80
-----------------	----

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

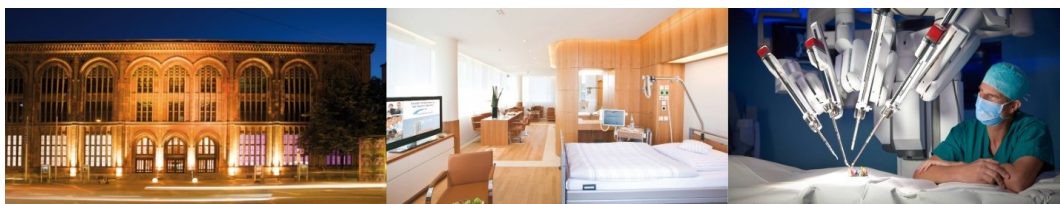
107. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS



Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,90 - 2,27
Grundgesamtheit	18
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
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 >= 20), Anteil Todesfälle	
Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 5,9% (Zähler: 2, Nenner: 34)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,2%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 7,8%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

02.1 Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >=20), Anteil Todesfälle	
Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 1,1% (Zähler: 1, Nenner: 95)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 9,2%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 8,0%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

03.11 Katheter der Koronargefäße BEI HD Herzinfarkt (ohne Zuerlegungen oder Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-	
---	--



Aufnahme, ohne Herzoperation, Alter ≥ 20 , Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 6,3% (Zähler: 2, Nenner: 32)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,0%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,0%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

03.121 Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt (ohne Zuverlegungen oder Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme, ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 279)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,1%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 1,1%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

14.26 Hauptdiagnose Pneumonie OHNE COVID-19 (ohne Zuverlegung, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Lunge
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 6)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 11,8%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 12,9%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)



18.1 Cholezystektomie bei Gallensteinen (ohne Tumor), Anteil Fälle mit laparoskopischer Operation

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 99,2% (Zähler: 131, Nenner: 132)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 95,1%
Vergleichswerte	Ziel: > 95,1%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

18.3 Cholezystektomie bei Gallensteinen (ohne Tumor), Anteil Todesfälle

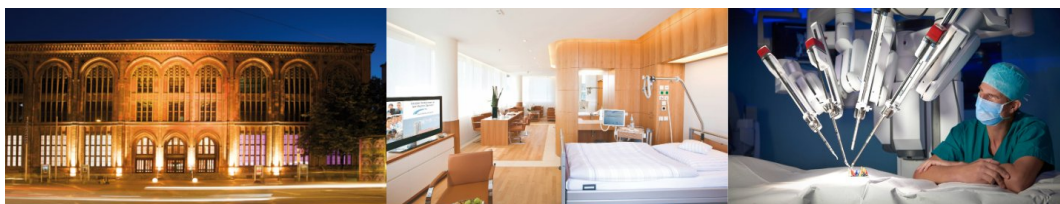
Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 132)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,60%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,60% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

19.1 Herniotomie OHNE Darmoperation, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 437)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,12%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,12% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

21.311 Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom OHNE kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
------------------	------------------------------



Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 23)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,1%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 4,5%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

21.313 Rektumresektion bei kolorektalem Karzinom, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 18)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 3,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,2%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

21.321 Kolorektale Resektion bei Divertikel OHNE Abszess/Perforation, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 14)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,72%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,72% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

26.1 Extrakranielle Gefäßoperationen - A. Carotis (Alter >=20), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 18)



Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,09%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,09%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

27.22 Endovaskuläre Stent-Prothese abdominale Aorta BEI Aneurysma (nicht rupturiert), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 11)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,4%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

28.11 Operation der Becken-/Beinarterien - bei Claudicatio intermittens (Fontaine I + II), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 23)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,33%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,33% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

28.12 Operation der Becken-/Beinarterien - bei Ruheschmerz (Fontaine III), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 5)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG



Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 2,3%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,3%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

28.13 Operation der Becken-/Beinarterien - bei Ulzeration oder Gangrän (Fontaine IV), Anteil Todesfälle

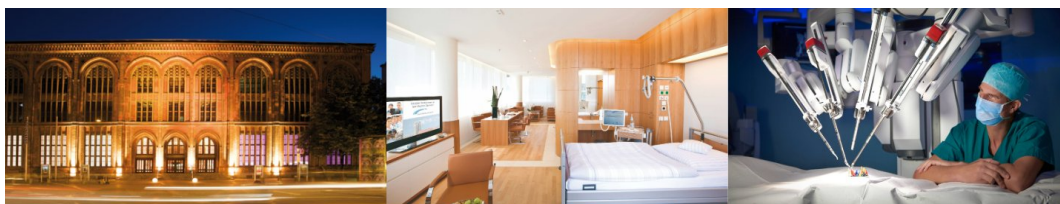
Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 20,0% (Zähler: 1, Nenner: 5)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,5%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,5%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (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: 194)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,04%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,04% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

34.2 Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen (ohne Plastik, Alter >14), Anteil Fälle mit vaginaler/laparoskopischer OP (inkl. Umsteiger)

Leistungsbereich	Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Ergebnis	Rate: 98,4% (Zähler: 190, Nenner: 193)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024



Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 88,4%
Vergleichswerte	Ziel: > 88,4%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

41.1 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose oder chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle

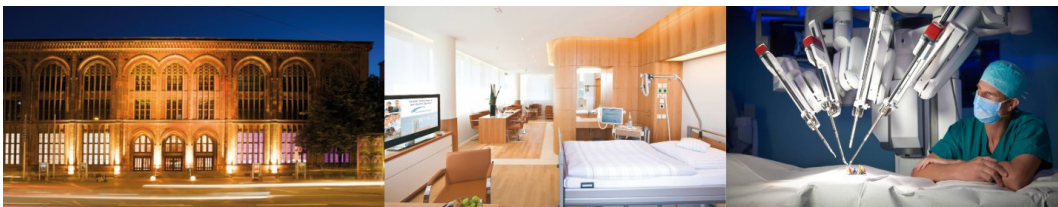
Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 131)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,13%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,13% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

43.1 Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose oder chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 167)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,06%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,06% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

44.1 Knie-Endoprothesen-Wechsel OHNE Hauptdiagnose Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 8)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,20%



Vergleichswerte	Ziel: < 0,20% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

47.42 Exzision von Bandscheibengewebe (OHNE Tumor, Trauma, komplexe OP, Dekompression), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 268)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,03%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,03% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

47.43 Vertebro-/Kyphoplastie (OHNE Tumor, Trauma, komplexe OP, Versteifung, WK-Ersatz, Bandscheibeneingriff), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 51)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,53%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,53% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

50.1 Totale Resektion der Niere bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 12)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,8%



Vergleichswerte	Ziel: < 1,8%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

50.2 Partielle Resektion der Niere bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 18)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,35%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,35% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

51.31 Zystektomie, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 16,7% (Zähler: 2, Nenner: 12)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,8%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

52.1 Transurethrale Prostata-Resektion - bei GUTartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 151)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,20%



Vergleichswerte	Ziel: < 0,20% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (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: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 178)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,16%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,16% (SE)
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

56.3 Beatmung > 24 Stunden OHNE COVID-19 (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)
Ergebnis	Rate: 26,3% (Zähler: 5, Nenner: 19)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 35,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 35,9%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

57.1 Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)
Ergebnis	Rate: 30,8% (Zähler: 4, Nenner: 13)
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.5_2024



Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 33,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 34,3%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/dfd4dbb5-ca32-431d-842b-93d630e891e9 (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	154
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Erbrachte Menge	157

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	154
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	152
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	157
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	164

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.

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

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 Bauchaaortenaneurysma
2	CQ28: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Nein
--	------

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	87
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	77
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	77

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	100 %
6	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Isar 2-3 - Nachtschicht	91,67 %
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie - Station Isar 4 - Tagschicht	75 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie - Station Isar 4 - Nachtschicht	100 %
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	97,27 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation / IBE - Nachtschicht	94,54 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station Isar 1 - Tagschicht	98,36 %
4	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station Isar 1 - Nachtschicht	80,6 %
5	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Isar 2-3 - Tagschicht	78,69 %



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
6	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Isar 2-3 - Nachtschicht	72,4 %
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie - Station Isar 4 - Tagschicht	57,92 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie - Station Isar 4 - Nachtschicht	83,06 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Station Isar 5 - Tagschicht	99,18 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Station Isar 5 - Nachtschicht	99,18 %