



# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	2
A-0 Fachabteilungen .....	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	10
A-9 Anzahl der Betten .....	11
A-10 Gesamtfallzahlen .....	11
A-11 Personal des Krankenhauses .....	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	30
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	31
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	33
B-[1] Kardiologische Klinik .....	33
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	33
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	33
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	33
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	34

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

B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	41
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	41
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	42
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	42
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	42
B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	42
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	42
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	43
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung .....	43
B-[2].11.2	Pflegepersonal .....	43
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	44
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	44
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	44
B-[3]	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie .....	44
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	44
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	44
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	44
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	45
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	45
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	46
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	46
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	46
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	46
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	46
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	46
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	47

B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	48
B-[3].11	Personelle Ausstattung .....	48
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	48
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	49
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung .....	49
B-[3].11.2	Pflegepersonal .....	49
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	49
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	49
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	49
B-[4]	Medizinische Klinik - Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin .....	50
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	50
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	50
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	50
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	50
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	51
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	52
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	53
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	53
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	53
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	53
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	53
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	54
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	54
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	54
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	54
B-[4].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	55

B-[4].11.1 Zusatzweiterbildung .....	55
B-[4].11.2 Pflegepersonal .....	55
B-[4].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	55
B-[4].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	55
B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	56
B-[5] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde .....	56
B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	56
B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	56
B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	56
B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	57
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	57
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	57
B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	57
B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig .....	58
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	58
B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	58
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	58
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	58
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	58
B-[5].11 Personelle Ausstattung .....	59
B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	59
B-[5].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	59
B-[5].11.1 Zusatzweiterbildung .....	59
B-[5].11.2 Pflegepersonal .....	59
B-[5].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	59

B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	59
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	60
B-[6]	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie .....	60
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	60
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	60
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	60
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	60
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	61
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	61
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	61
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	61
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	61
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	61
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	61
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	61
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	62
B-[6].11	Personelle Ausstattung .....	62
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	62
B-[6].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	62
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung .....	63
B-[6].11.2	Pflegepersonal .....	63
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	63
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	63
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	63
B-[7]	Medizinische Klinik .....	64

B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	64
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	64
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	64
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	64
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	65
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	66
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	66
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	66
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	66
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	67
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	67
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	68
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	69
B-[7].11	Personelle Ausstattung .....	69
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	69
B-[7].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	69
B-[7].11.1	Zusatzweiterbildung .....	70
B-[7].11.2	Pflegepersonal .....	70
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	70
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	70
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	70
B-[8]	Augenklinik .....	71
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	71
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	71
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	71
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	71



B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	72
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	73
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	73
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	73
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	74
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	74
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	74
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	77
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	78
B-[8].11	Personelle Ausstattung .....	78
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	78
B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	79
B-[8].11.1	Zusatzweiterbildung .....	79
B-[8].11.2	Pflegepersonal .....	79
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	79
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	79
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	80
B-[9]	Chirurgische Klinik .....	80
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	80
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	80
B-[9].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	80
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	81
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	81
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	82
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	82
B-[9].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	83

B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	84
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	85
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	85
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	86
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	87
B-[9].11	Personelle Ausstattung .....	87
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	87
B-[9].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	88
B-[9].11.1	Zusatzweiterbildung .....	88
B-[9].11.2	Pflegepersonal .....	88
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	88
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	89
B-[9].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	89
B-[10]	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie ....	89
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	89
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	89
B-[10].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	89
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	90
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	90
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	91
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	92
B-[10].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	92
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	92
B-[10].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	92
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	92
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	93

B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	93
B-[10].11 Personelle Ausstattung .....	93
B-[10].11.Ärzte und Ärztinnen .....	93
B-[10].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	94
B-[10].11.Zusatzweiterbildung .....	94
B-[10].11.Pflegepersonal .....	94
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	94
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	94
B-[10].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	94
B-[11] Medizinische Klinik - Geriatrie .....	95
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	95
B-[11].1.1Fachabteilungsschlüssel .....	95
B-[11].1.2Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	95
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	95
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	96
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	96
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	97
B-[11].6.1Hauptdiagnosen 3-stellig .....	97
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	97
B-[11].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	97
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	97
B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	98
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	98
B-[11].11 Personelle Ausstattung .....	98
B-[11].11.Ärzte und Ärztinnen .....	98
B-[11].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	99

B-[11].11.Zusatzweiterbildung .....	99
B-[11].11.Pflegepersonal .....	99
B-[11].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	100
B-[11].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	100
B-[11].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	100
B-[12] Mülheimer Frauenklinik - Gynäkologie .....	100
B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	100
B-[12].1.1Fachabteilungsschlüssel .....	100
B-[12].1.2Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	101
B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	101
B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	101
B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	102
B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	102
B-[12].6.1Hauptdiagnosen 3-stellig .....	102
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	102
B-[12].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	102
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	103
B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	105
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	106
B-[12].11 Personelle Ausstattung .....	106
B-[12].11.Ärzte und Ärztinnen .....	106
B-[12].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	106
B-[12].11.Zusatzweiterbildung .....	107
B-[12].11.Pflegepersonal .....	107
B-[12].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	107

B-[12].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	107
B-[12].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	107
B-[13] Klinik für Unfall-, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie .....	107
B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	107
B-[13].1.1Fachabteilungsschlüssel .....	108
B-[13].1.2Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	108
B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	108
B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	108
B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	110
B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	110
B-[13].6.1Hauptdiagnosen 3-stellig .....	110
B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	110
B-[13].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	111
B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	111
B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	111
B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	112
B-[13].11 Personelle Ausstattung .....	112
B-[13].11.Ärzte und Ärztinnen .....	112
B-[13].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	113
B-[13].11.Zusatzweiterbildung .....	113
B-[13].11.Pflegepersonal .....	113
B-[13].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	114
B-[13].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	114
B-[13].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	114
B-[14] Gefäßchirurgische Klinik .....	114

B-[14].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	114
B-[14].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	114
B-[14].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	115
B-[14].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	115
B-[14].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	115
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	116
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	116
B-[14].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	116
B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	117
B-[14].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	117
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	117
B-[14].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	118
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	118
B-[14].11	Personelle Ausstattung .....	118
B-[14].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	119
B-[14].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	119
B-[14].11.3	Zusatzweiterbildung .....	119
B-[14].11.4	Pflegepersonal .....	119
B-[14].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	120
B-[14].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	120
B-[14].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	120
B-[15]	Institut Laboratoriumsmedizin + Mikrobiologie .....	120
B-[15].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	120
B-[15].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	120
B-[15].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	121
B-[15].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	121

B-[15].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	121
B-[15].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	122
B-[15].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	122
B-[15].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	122
B-[15].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	122
B-[15].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	122
B-[15].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	122
B-[15].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	122
B-[15].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	122
B-[15].11	Personelle Ausstattung .....	122
B-[15].11	Ärzte und Ärztinnen .....	123
B-[15].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	123
B-[15].11	Zusatzweiterbildung .....	123
B-[15].11	Pflegepersonal .....	124
B-[15].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	124
B-[15].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	124
B-[15].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	124
B-[16]	Mülheimer Frauenklinik - Geburtshilfe .....	124
B-[16].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	124
B-[16].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	124
B-[16].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	125
B-[16].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	125
B-[16].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	125
B-[16].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	125
B-[16].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	126
B-[16].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	126

B-[16].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	126
B-[16].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	126
B-[16].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	127
B-[16].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	127
B-[16].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	127
B-[16].11	Personelle Ausstattung .....	127
B-[16].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	128
B-[16].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	128
B-[16].11.3	Zusatzweiterbildung .....	128
B-[16].11.4	Pflegepersonal .....	129
B-[16].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	129
B-[16].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	129
B-[16].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	129
C	Qualitätssicherung .....	129
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	129
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	251
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	251
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	251
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	252
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.253 2 SGB V .....	253
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	253
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	255



## Vorwort

## Einleitung

### Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Lara Schwarzbold, Bereichsleitung Unternehmensqualität
Telefon:	0208 309 2810
Fax:	0208 309 3118
E-Mail:	lara.schwarzbold@ategris.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Nils-Benjamin Krog, Geschäftsführer
Telefon:	0208 309 2004
Fax:	0208 309 2006
E-Mail:	nils.krog@evkmh.de

### Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	<a href="http://www.evkmh.de/">http://www.evkmh.de/</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	<a href="http://ategris.de/">http://ategris.de/</a>

### Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	<a href="http://darmkrebszentrum-mh.de/">darmkrebszentrum-mh.de/</a>	Darmkrebszentrum Mülheim an der Ruhr
2	<a href="http://evkmh.de/zentren/gefuaesszentrum-muelheim.html">evkmh.de/zentren/gefuaesszentrum-muelheim.html</a>	Gefäßzentrum Mülheim
3	<a href="http://gutundgerne-mh.de/index.php?id=757">gutundgerne-mh.de/index.php?id=757</a>	Gastronomieservice Mülheim
4	<a href="http://www.physalis-ruhr.de/">www.physalis-ruhr.de/</a>	Gesundheitszentrum Physalis (ambulante Rehabilitation und Physiotherapie)
5	<a href="http://bzmo.de/">bzmo.de/</a>	Brustkrebszentrum Mülheim-Oberhausen
6	<a href="http://evkmh.de/kliniken/muelheimer-frauenklinik-geburtshilfe.html">evkmh.de/kliniken/muelheimer-frauenklinik-geburtshilfe.html</a>	babyfreundliche Geburtsklinik

	URL	BESCHREIBUNG
7	<a href="http://evkmh.de/kliniken/klinik-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie.html">evkmh.de/kliniken/klinik-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie.html</a>	Radiologisches Zentrum
8	<a href="http://evkmh.de/kliniken/medizinische-klinik-fuer-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie/behandlungsschwerpunkte/diabetologie.html">evkmh.de/kliniken/medizinische-klinik-fuer-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie/behandlungsschwerpunkte/diabetologie.html</a>	Diabetes Typ 2 Zentrum
9	<a href="http://evkmh.de/zentren/endoprothetikzentrum.html">evkmh.de/zentren/endoprothetikzentrum.html</a>	EndoProthetikZentrum
10	<a href="http://evkmh.de/zentren/pankreaskarzinomzentrum.html">evkmh.de/zentren/pankreaskarzinomzentrum.html</a>	Pankreaskarzinomzentrum

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

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0300	Kardiologische Klinik
2	Hauptabteilung	3300	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
3	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
4	Hauptabteilung	0500	Medizinische Klinik - Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin
5	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
6	Nicht-Bettenführend	3600	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
7	Hauptabteilung	0100	Medizinische Klinik
8	Hauptabteilung	2700	Augenklinik
9	Hauptabteilung	1500	Chirurgische Klinik
10	Hauptabteilung	1900	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie
11	Hauptabteilung	0200	Medizinische Klinik - Geriatrie
12	Hauptabteilung	2425	Mülheimer Frauenklinik - Gynäkologie
13	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfall-, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie
14	Hauptabteilung	1800	Gefäßchirurgische Klinik
15	Nicht-Bettenführend	3700	Institut Laboratoriumsmedizin + Mikrobiologie

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
16	Hauptabteilung	2500	Mülheimer Frauenklinik - Geburtshilfe

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
IK-Nummer:	260510746
Standort-Nummer:	0
Telefon-Vorwahl:	0208
Telefon:	3090
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.evkmh.de">http://www.evkmh.de</a>

### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
IK-Nummer:	260510746
Standort-Nummer:	0
E-Mail:	
Standort-URL:	<a href="http://evkmh.de">http://evkmh.de</a>

### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	<a href="#">Verwaltungsleitung</a>
Name/Funktion:	Nils-Benjamin Krog, Geschäftsführer
Telefon:	0208 309 2004
Fax:	0208 309 2008
E-Mail:	<a href="mailto:nils.krog@evkmh.de">nils.krog@evkmh.de</a>
Leitung:	<a href="#">Ärztliche Leitung</a>
Name/Funktion:	Prof. Dr. Heinz-Jochen Gassel, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0208 309 4462

Fax:	0208 309 2405
E-Mail:	heinz-jochen.gassel@evkmh.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Roland Ebbing, Leitung Pflegemanagement
Telefon:	0208 309 2330
Fax:	0208 309 2318
E-Mail:	roland.ebbing@evkmh.de

### Leitung des Standorts:

Standort:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Nils-Benjamin Krog, Geschäftsführer
Telefon:	0208 309 2004
Fax:	0208 309 2008
E-Mail:	nils.krog@evkmh.de

Standort:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0208 309 4462
Fax:	0208 309 2405
E-Mail:	heinz-jochen.gassel@evkmh.de

Standort:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Roland Ebbing, Pflegemanagement
Telefon:	0208 309 2330
Fax:	0208 309 2318
E-Mail:	roland.ebbing@evkmh.de

## A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	ATEGRIS Regionalholding GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

### Name der Universität

1 Universität Düsseldorf

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale  
Versorgungsverpflichtung? Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
2	Basale Stimulation
3	Akupunktur
4	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
5	Aromapflege/-therapie
6	Atemgymnastik/-therapie
7	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
8	Sporttherapie/Bewegungstherapie
9	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
10	Musiktherapie
11	Audiometrie/Hördiagnostik
	<i>Hörtest Neugeborene</i>
12	Säuglingspflegekurse
13	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
14	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
15	Asthmaschulung
16	Wärme- und Kälteanwendungen
17	Wundmanagement <i>Mitglied im ambulanten Wundnetzwerk Mülheim</i>
18	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
19	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
20	Sozialdienst <i>Pflege- und Sozialberatung</i>
21	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>durch Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern</i>
22	Sehschule/Orthoptik
23	Stomatherapie/-beratung <i>durch Kooperation</i>
24	Medizinische Fußpflege <i>Externer Anbieter (Unter Berücksichtigung der freien Leistungserbringerwahl)</i>
25	Massage
26	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Wundmanagement, Kinästhetik, Breast-Care Nurses, Pflegevisiten, Onkologische Beratung, Geriatrie Begleitung, Palliativ Care</i>
27	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Externe Praxis</i>
28	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
29	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Fortlaufende Angebote über die Elternschule</i>
30	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>u.a. logopädisches Angebot für Dysphagie-Patienten</i>
31	Stillberatung
32	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen <i>u.a. im Rahmen des Gütesiegels "Babyfreundlich"</i>
33	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
34	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
35	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
36	Kinästhetik

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
37	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
	<i>Externes Sanitätshaus</i>
38	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
39	Ergotherapie/Arbeitstherapie
	<i>Externe Praxis</i>
40	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
41	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	<i>Konzept zur Betreuung liegt vor</i>
42	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
43	Manuelle Lymphdrainage
44	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
	<i>Pflege- und Sozialberatung</i>
45	Bewegungsbad/Wassergymnastik
46	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
47	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
48	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
49	Physikalische Therapie/Bädertherapie
50	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
51	Diät- und Ernährungsberatung
52	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
53	Snoezelen
54	Schmerztherapie/-management
55	Eigenblutspende
	<i>In Zusammenarbeit mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen</i>

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

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Rooming-in
	<i>Zusätzliche Möglichkeit des Familienzimmers</i>
2	Seelsorge/spirituelle Begleitung
3	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	<i>oder einer begleitenden Pflegekraft</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
4	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
5	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
6	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
7	Ein-Bett-Zimmer <i>b. Bedarf Palliativzimmer</i>
8	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
9	Mutter-Kind-Zimmer <i>Familienzimmer</i>
10	Zwei-Bett-Zimmer
11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
12	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
13	Abschiedsraum
14	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)  <i>Ein Schwimmbad ist im Rahmen der Bewegungstherapie vorhanden</i>
15	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Michael Walther, Leitung Zentrale Dienste
Telefon:	0208 309 2011
Fax:	0208 309 2005
E-Mail:	Michael.Walther@ategris.de



## A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
2	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
3	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift  <i>Teilweise umgesetzt</i>
5	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
6	Besondere personelle Unterstützung  <i>Ehrenamtliche Mitarbeiter "Grüne Damen und Herren", §87b Kräfte</i>
7	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)  <i>Teilweise umgesetzt</i>
8	Dolmetscherdienst  <i>Auf Anfrage</i>
9	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
10	Diätetische Angebote
11	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
12	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
13	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
14	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung  <i>Geriatric Garden</i>
15	Arbeit mit Piktogrammen
16	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
17	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen  <i>Personelle Unterstützung liegt vor, jedoch kein Leitsystem</i>
18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische  <i>Schwerlastsäule und OP-Tisch bis 360kg</i>
19	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
21	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
	<i>"z.B. Raum der Stille</i>
22	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße  <i>MRT bis 170 KG; CT bis 227KG; Angiotische bis 200KG; Durchleuchtungstische bis 200KG</i>
23	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
24	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten
25	Aufzug mit visueller Anzeige
26	Kommunikationshilfen
27	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
28	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
30	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Doktorandenbetreuung  <i>Die Betreuung findet in mehreren Kliniken des Hauses statt</i>
2	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten  <i>Universität Witten Herdecke Universität Düsseldorf</i>
3	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
4	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien  <i>Teilnahme durch mehrere Kliniken des Hauses</i>
5	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien  <i>Teilnahme durch mehrere Kliniken des Hauses</i>
6	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
7	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)  <i>Famulatur und praktisches Jahr Universität Düsseldorf</i>
8	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten  <i>1. Universität Würzburg 2. Universität Essen 3. Universität Heidelberg 4. Universität Tübingen 5. Universität Regensburg</i>

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin <i>In Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen. Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>In Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen. Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>
3	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin <i>Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>
4	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 602

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	19307
Teilstationäre Fallzahl:	112
Ambulante Fallzahl:	62671

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	162,25	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
<i>ohne PJ´ler</i>			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 162,25	Ohne:	0,00
	ohne PJ´ler		

<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 16,23	<b>Stationär:</b> 146,02
	Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.	ohne PJ´ler

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

<b>Gesamt:</b>	84,00	
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 84,00	<b>Ohne:</b> 0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 8,40	<b>Stationär:</b> 75,60

#### BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

<b>Anzahl in Personen:</b>	3
<i>HNO</i>	

#### ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

<b>Gesamt:</b>	6,06	
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 6,06	<b>Ohne:</b> 0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,61	<b>Stationär:</b> 5,45

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

<b>Gesamt:</b>	5,44	
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 5,44	<b>Ohne:</b> 0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,54	<b>Stationär:</b> 4,90

### A-11.2 Pflegepersonal

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

**GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 272,55

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 272,55 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 27,25 Stationär: 245,30

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt: 272,55

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 272,55 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 27,25 Stationär: 245,30

**GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 8,58

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 8,58 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,86 Stationär: 7,72

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt: 8,58

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 8,58 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,86 Stationär: 7,72

**ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 4,84

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 4,84 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,48 Stationär: 4,36

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt: 4,84

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 4,84 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,48 Stationär: 4,36

**PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	27,29		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	27,29	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,73	Stationär: 24,56

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt:	27,29		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	27,29	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,73	Stationär: 24,56

**KRANKENPFLEGEHELPERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELPER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

**PFLEGEHELPERINNEN UND PFLEGEHELPER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	22,86		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	22,86	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,29	Stationär: 20,57

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt:	22,86		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	22,86	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,29	Stationär: 20,57

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	9,88		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b>	9,88	<b>Ohne:</b> 0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b>	0,99	<b>Stationär:</b> 8,89

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

<b>Gesamt:</b>	9,88		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b>	9,88	<b>Ohne:</b> 0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b>	0,99	<b>Stationär:</b> 8,89

**BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES**

<b>Anzahl in Personen:</b>	0
----------------------------	---

**OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	23,61		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b>	23,61	<b>Ohne:</b> 0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b>	2,36	<b>Stationär:</b> 21,25

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

<b>Gesamt:</b>	23,61		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b>	23,61	<b>Ohne:</b> 0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b>	2,36	<b>Stationär:</b> 21,25

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	41,04		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b>	41,04	<b>Ohne:</b> 0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b>	4,10	<b>Stationär:</b> 36,94

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

<b>Gesamt:</b>	41,04		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b>	41,04	<b>Ohne:</b> 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 4,10 **Stationär:** 36,94

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

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Die Physiotherapie des EKM´s wird durch eine Kooperation mit Physalis Rehabilitation und Physiotherapie GmbH durchgeführt.

Durch die Kooperation mit dem Therapiezentrum Ruhr werden die Bereiche Logopädie und Ergotherapie abgedeckt.

#### ERZIEHERIN UND ERZIEHER

Gesamt: 0,24

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,12 **Ohne:** 0,12

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,02 **Stationär:** 0,22

#### MEDIZINISCH-TECHNISCHE LABORATORIUMSASSISTENTIN UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER LABORATORIUMSASSISTENT (MTLA)

Gesamt: 7,99

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 7,99 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,80 **Stationär:** 7,19

#### MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT (MTRA)

Gesamt: 13,28

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 13,28 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 1,33 **Stationär:** 11,95

#### OECOTROPHOLOGIN UND OECOTHROPHOLOGE (ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTLERIN UND ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTLER)

Gesamt: 2,00



Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 2,00	<b>Ohne:</b> 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,20	<b>Stationär:</b> 1,80
------------------	-----------------------	------------------------

#### ORTHOPTISTIN UND ORTHOPTIST/AUGENOPTIKERIN UND AUGENOPTIKER

Gesamt:	0,90
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0,90	<b>Ohne:</b> 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,09	<b>Stationär:</b> 0,81
------------------	-----------------------	------------------------

#### PÄDAGOGIN UND PÄDAGOGE/LEHRERIN UND LEHRER

Gesamt:	9,29
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 9,29	<b>Ohne:</b> 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,93	<b>Stationär:</b> 8,36
------------------	-----------------------	------------------------

#### DIPLOM-PSYCHOLOGIN UND DIPLOM-PSYCHOLOGE

Gesamt:	1,69
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 1,69	<b>Ohne:</b> 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,17	<b>Stationär:</b> 1,52
------------------	-----------------------	------------------------

#### SOZIALARBEITERIN UND SOZIALARBEITER

Gesamt:	1,10
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 1,10	<b>Ohne:</b> 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,11	<b>Stationär:</b> 0,99
------------------	-----------------------	------------------------

#### SOZIALPÄDAGOGISCHE ASSISTENTIN UND SOZIALPÄDAGOGISCHER ASSISTENT/KINDERPFLEGERIN UND KINDERPFLEGER

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b> 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 0,00
------------------	-----------------------	------------------------

#### PERSONAL MIT WEITERBILDUNG ZUR DIABETESBERATERIN/ZUM DIABETESBERATER

Gesamt:	2,43
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 2,43	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,24	<b>Stationär:</b> 2,19

#### PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT

Gesamt:	1,60	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 1,60	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,16	<b>Stationär:</b> 1,44

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Lara Schwarzbold, Bereichsleitung Unternehmensqualität
Telefon:	0208 309 2810
Fax:	0208 309 3118
E-Mail:	lara.schwarzbold@ategris.de

#### A-12.1.2 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:	Monatliche Treffen der Leitung der Organisationsentwicklung und Unternehmensqualität und der Abteilung für Unternehmens- und Personalentwicklung. Alle 3 Wochen gesondertes Gespräch zwischen Leitung OE und UQ
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

eigenständige Position für Risikomanagement

#### Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Lara Schwarzbold, Bereichsleitung Unternehmensqualität
Telefon:	0208 309 2810
Fax:	0208 309 3118
E-Mail:	lara.schwarzbold@ategris.de

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

#### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Die AG besteht aus Vertretern aus verschiedenen Fachbereichen (Administration eingeschlossen). Bei Bedarf treffen sich abteilungsbezogen die Beteiligten zur Prozessbetrachtung. Zusätzlich siehe Qualitätskonferenz A12.1.2
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA`s und VA`s liegen im Dokumentenlenkungssystem vor Letzte Aktualisierung: 26.06.2019</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallplan EKM Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
5	Schmerzmanagement

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Allgemeine Schmerztherapie"</i> <i>Letzte Aktualisierung: 10.09.2018</i>
6	Sturzprophylaxe  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Klinik für Geriatrie Sturzprophylaxe</i> <i>Letzte Aktualisierung: 05.10.2017</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusstandard</i> <i>Letzte Aktualisierung: 05.07.2018</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Fixierung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 29.01.2015</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA zur Kennzeichnung defekter Geräte</i> <i>Letzte Aktualisierung: 26.06.2017</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung Anwendung präoperative Checkliste /WHO-Sicherheitscheckliste OP</i> <i>Letzte Aktualisierung: 24.09.2014</i>
14	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Postoperative Versorgung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 05.11.2015</i>
15	Entlassungsmanagement  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassungsstandard</i> <i>Letzte Aktualisierung: 04.12.2014</i>

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

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

Palliativbesprechungen

Qualitätszirkel

Andere

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

#### Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 26.06.2019</i>

#### Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Patientenarmband seit 2012, WHO-OP Checkliste seit 2007, Projekt "Keimschranke" verbesserte Händehygiene seit 2017, Zentrales und patientenorientiertes Beschwerdemanagement seit 2010, Digitale Patientenakte seit 2014/2015 Teilnahme am übergreifenden Fehlermeldesystem seit 2017 Risikoanalyse seit 2017/2018

### 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	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

### Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

quartalsweise

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	2 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	14 <sup>2)</sup>
Hygienefachkräfte (HFK)	3 <sup>3)</sup>
Hygienebeauftragte in der Pflege	34 <sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> Dem Krankenhaus stehen ein Krankenhaushygieniker und eine Fachärztin für Hygiene- und Umweltmedizin zur Verfügung

<sup>2)</sup> Dem Krankenhaus stehen 14 hygienebeauftragte Ärzte zur Verfügung

<sup>3)</sup> Fr. Kantor (Hygiene- und Gesundheitsmanagerin (Public Health) 2 HFK

<sup>4)</sup> In jedem Fachbereich

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

Tagungsfrequenz der Hygienekommission: halbjährlich und bei Bedarf

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

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Gabriele Kantor, Hygienemanagement
Telefon:	0208 309 4304
Fax:	0208 309 2253
E-Mail:	gabriele.kantor@evkmh.de

Vorsitzende/r der Hygienekommission sind Frau G. Kantor und Herr Prof. Dr. J. Gassel

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

##### Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
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

	OPTION	AUSWAHL
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

**A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie**

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

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:**

Auswahl:  Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere:**

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	Ja



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

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

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

Auswahl:  Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere:**

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

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

Auswahl:  Ja

**A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	43
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	162

**Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:**

Auswahl:  Ja

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

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

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

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Gold</i>
3	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: 2019-2021 MRE- Zertifikat 2. Platz NRW Gesundheitspreis 2. Platz MSD Gesundheitspreis SOP und Standards sind im Handbuch der Klinik hinterlegt.</i>
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>Individuell in den Bereichen und verpflichtende Online-Schulung für alle Mitarbeiter</i>
5	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

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

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

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?	
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).  <i>Seit Januar 2011 wird ein strukturiertes Beschwerdemanagementkonzept in allen Fachabteilungen und Stationen umgesetzt.</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.  <i>Im Beschwerdefall suchen die Beschwerdebeauftragte als auch alle Mitarbeiter den persönlichen Kontakt mit dem Beschwerdeführer und dokumentieren dies in einer Software</i>	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.  <i>Die Beschwerdebeauftragte nimmt alle schriftlichen Beschwerden entgegen. Es gibt verbindliche Reaktionszeiten.</i>	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.  <i>Gemäß Konzept: Die Beschwerdebeauftragte kontaktiert den Beschwerdeführer nach spätestens 48 Stunden, gibt einen Bearbeitungszwischenstand nach 14 Tagen, und benachrichtigt nochmals den Beschwerdeführer nach Abschluß der Beschwerde.</i>	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.  <i>Die Beschwerdebeauftragte ist benannt, eine Stellenbeschreibung liegt vor.</i>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.  <i>Der Patientenfürsprecher agiert selbständig und in Zusammenarbeit mit der Beschwerdebeauftragten.</i>	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden  <i>Die Anonymität ist in allen Kontaktbereichen möglich (Homepage, Brief, Telefonat) Tel. 0208 309 2814</i>	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Sukran Jansen, Beschwerdebeauftragte
Telefon:	0208 309 2814
Fax:	0208 309 2039
E-Mail:	Sukran.Jansen@evkmh.de

## Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Peter Vahsen, Patientenfürsprecher
Telefon:	0208 35193
Fax:	
E-Mail:	peter.vahsen@gmx.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

#### Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Hanna Pawlak, Leitende Apothekerin
Telefon:	0208 309 2260
Fax:	
E-Mail:	hanna.pawlak@evkmh.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 3

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 7

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
2	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
3	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
4	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
5	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
6	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

### Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln:

<input checked="" type="checkbox"/>	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
<input checked="" type="checkbox"/>	Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
<input checked="" type="checkbox"/>	Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: HBS-Bestellsystem, Zenzy, Zusatzmodule für die Chargenerfassung und Plausibilitätsprüfung, CS-BTM elektronische Unterstützung BTM

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
2	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten.  <i>zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion, in Kooperation</i>	
3	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
	<i>Gerät für Radiofrequenztherapie im Rahmen der Varizenbehandlung</i>		
4	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
5	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
	<i>Elektrophysiologie; Interventionelle Radiologie (Radiofrequenz., Mikrowelle)</i>		
6	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
7	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Blasendruckmessung	
8	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	<i>128-Zeilen Computertomograph</i>		
9	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	
10	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
11	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
12	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
	<i>1,5 Tesla MR Tomograph (neues Gerät)</i>		
13	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
	<i>Stanzgeräte der Firma Braun</i>		
14	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
15	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
	<i>4 Angiographieanlagen (1 DSA Anlage in der Radiologie, 1 DSA Anlage (neues Gerät) in der operativen Angio Suite, 1 Durchleuchtungsanlage in der Radiologie, 1 Herzkatheteranlage), Generator für intravasale Lithotripsie (IVL) Hybrid OP</i>		
16	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja
17	3D-Laparoskopie-System	3D-Laparoskopie-System	
18	offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Nein

## 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

Notfallstufe vereinbart: Ja

#### Stufen der Notfallversorgung:

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

#### Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2:

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

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

#### Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein



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

Es gab keine Einigung zwischen KGNW und KV in NRW bzgl. der Notfallversorgung außerhalb der Öffnungszeiten der Notfallpraxis.

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.	Ja

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Kardiologische Klinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Kardiologische Klinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://kardiologie.evkmh.de">http://kardiologie.evkmh.de</a>

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

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0300) Kardiologie

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

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Feraydoon Niroomand, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2674
Fax:	0208 309 2678
E-Mail:	feraydoon.niroomand@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://kardiologie.evkmh.de">http://kardiologie.evkmh.de</a>

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Schrittmachereingriffe
2	Defibrillatöreingriffe
3	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
4	Intensivmedizin
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
6	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>percutaner Vorhofverschluss</i>
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
8	Spezialprechstunde
9	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
11	Transfusionsmedizin
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>CT-Angiographie der Herzkranzarterien</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
13	Elektrophysiologie
14	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

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

Vollstationäre Fallzahl:	3180
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	498
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	423
3	I50	Herzinsuffizienz	273
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	219
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	188
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	175
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	149
8	R55	Synkope und Kollaps	92
9	R07	Hals- und Brustschmerzen	89
10	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	85

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1158
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1066
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	774
4	1-710	Ganzkörperplethysmographie	749
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	668
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	547
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	485

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	379
9	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	335
10	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	304

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>KONSILIARISCHE BERATUNG</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	<i>Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie</i>
2	<b>SCHRITTMACHER- SPRECHSTUNDE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
3	<b>ZENTRALAMBULANZ</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung</i>
4	<b>CRT-SPRECHSTUNDE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
5	<b>SCHRITTMACHER SPRECHSTUNDE</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>

5	SCHRITTMACHER SPRECHSTUNDE
	VC06 - Defibrillatoreingriffe
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI34 - Elektrophysiologie
	VC05 - Schrittmachereingriffe
6	RHYTHMUSSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
7	CRT SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
8	PRÄ- UND POSTOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Behandlung von pulmologischen Behandlungsbildern durch das Department Pulmologie
	<i>Durchführung von prä- und postoperativen Leistungen</i>
9	ASV GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	329
2	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	10
3	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	< 4
4	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
5	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 4
6	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

#### ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

<b>Gesamt:</b>	21,77	<b>Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:</b>	42,00
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 21,77	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 2,16	<b>Stationär:</b>	19,61
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	162,2

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

<b>Gesamt:</b>	10,51		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 10,51	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 1,05	<b>Stationär:</b>	9,46
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	336,2

### B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
3	Notfallmedizin

### B-[1].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[2] Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30

PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://radioonkologie.evkmh.de">http://radioonkologie.evkmh.de</a>

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3300) Strahlenheilkunde

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

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Olschewski, Chefarzt
Telefon:	0208 309 4751
Fax:	0208 309 2780
E-Mail:	<a href="mailto:thomas.olschewski@evkmh.de">thomas.olschewski@evkmh.de</a>
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://radioonkologie.evkmh.de">http://radioonkologie.evkmh.de</a>

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Oberflächenstrahlentherapie
2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
3	Hochvoltstrahlentherapie <i>Linearbeschleuniger; Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT). Bildgeführte Radiotherapie (IGRT) mit internen Markern</i>
4	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie <i>exklusive Brachytherapie</i>



MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
5	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	<i>exklusive Brachytherapie</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	116
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	24
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	12
3	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	10
4	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	10
5	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	9
6	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	8
7	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	6
8	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	6
9	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	5
10	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	5

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	688
2	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	67
3	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	45
4	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	38
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	32
6	3-20x	Andere native Computertomographie	29
7	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	28
8	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	26

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	16
10	3-05c	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane	12

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	STRAHLENTHERAPIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
2	SPRECHSTUNDE STRAHLTHERAPIE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VX00 - ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle nach §116b SGB
	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
3	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Kernteam</i>

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

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

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

### ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

<b>Gesamt:</b>	2,18	<b>Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:</b>	42,00
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 2,18	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,22	<b>Stationär:</b>	1,96
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	59,2

### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

<b>Gesamt:</b>	2,18		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 2,18	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,22	<b>Stationär:</b>	1,96
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	59,2

## B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Strahlentherapie
2	Radiologie

## B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

## B-[2].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

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

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

## B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[3] Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://radiologie.evkmh.de">http://radiologie.evkmh.de</a>

### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

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

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Claus Nolte-Ernsting, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2701
Fax:	0208 309 2725
E-Mail:	claus.nolte-ernsting@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://radiologie.evkmh.de">http://radiologie.evkmh.de</a>

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<b>Interventionelle Radiologie</b>  <i>Angiographisch und CT-gesteuert. U.a. - Ballonangioplastie (auch DCB), Stent - endovaskuläre Lithotripsie, Kathetertherektomie u.a. OCT-gesteuert - Thrombektomie, Lyse - TIPS - sämtliche Embolisationsverfahren, auch TACE, Endoleak-Embolisation Pfortaderembolisation, SIRT</i>
2	<b>Teleradiologie</b>  <i>Nur im Rufbereitschaftsdienst, im Rahmen der CT-Diagnostik, das Partnerkrankenhaus EKO. wird mitbetreut</i>
3	<b>Eindimensionale Dopplersonographie</b>
4	<b>Tumorembolisation</b>  <i>- Thermoablation mittels Radiofrequenz und/oder Mikrowellen zur Tumorzerstörung durch Hitze in Leber, Lunge, Niere, Nebenniere und Skelettsystem - Transarterielle Chemoembolisation (TACE) - Selektive interne Radiotherapie der Leber (Radioembolisation; SIRT)</i>
5	<b>Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren</b>  <i>unter anderem Kardio-MRT, MR Mammographie, MR Angiographie, MR Urographie</i>
6	<b>Knochendichtemessung (alle Verfahren)</b>
7	<b>Magnetresonanztomographie (MRT), nativ</b>
8	<b>Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel</b>  <i>Leberspezifisches MR-Kontrastmittel</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
9	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
10	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
11	Quantitative Bestimmung von Parametern
12	Intraoperative Anwendung der Verfahren
13	Konventionelle Röntgenaufnahmen
14	Szintigraphie <i>In Kooperation mit nuklearmedizinischer Praxis</i>
15	Phlebographie
16	Arteriographie
17	Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>unter anderem Kardio-CT, CT-Urographie, , Clip-/Drahtmarkierung, Perfusionsbildgebung</i>
18	Computertomographie (CT), nativ
19	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
20	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) <i>Mammographisch gesteuerte Drahtmarkierungen</i>
21	Native Sonographie
22	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung <i>Zusätzliche Spezial-Verfahren: Videofluoroskopie; Myelographie, Diskographie, Defäkographie, Fisteldarstellung</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

### B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPRECHSTUNDE ZUR RADIOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND THERAPIE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ

1	<b>SPRECHSTUNDE ZUR RADIOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND THERAPIE</b>
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	VR41 - Interventionelle Radiologie
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	VR02 - Native Sonographie
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
2	<b>ZENTRALAMBULANZ</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Die Zentralambulanz steht jederzeit allen Patienten zur Verfügung</i>
3	<b>SPRECHSTUNDE ZUR RADIOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND THERAPIE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VR15 - Arteriographie
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	VR16 - Phlebographie
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
4	<b>ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE</b>
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Hinzuzuziehende Fachärzte</i>
5	<b>PRÄ UND POSTOPERATIVE DIAGNOSTIK UND THERAPIE</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VR00 -
6	<b>DIAGNOSTISCHE RÖNTGEN UND KATHETEREINGRIFFE UND THERAPEUTISCHE EINGRIFFE MITTELS RÖNTGENKATHETER</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
7	<b>RÖNTGENDIAGNOSTIK, PHLEBOGRAPHIE UND ANGIOGRAPHIE</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	25
2	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	24
3	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	22
4	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	18
5	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	17
6	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	6
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
8	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
9	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	< 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

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE				
Gesamt:	9,25	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	9,25	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,93	Stationär:	8,32
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0



- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	5,56	
Beschäftigungs- verhältnis:	<b>Mit:</b> 5,56	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,56	<b>Stationär:</b> 5,00
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

**B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie
2	Öffentliches Gesundheitswesen

**B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

**B-[3].11.2 Pflegepersonal**

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

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

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

### B-[4] Medizinische Klinik - Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik - Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://onkologie.evkmh.de">http://onkologie.evkmh.de</a>

#### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0500) Hämatologie und internistische Onkologie

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

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Jan Schröder, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2669
Fax:	0208 309 2628
E-Mail:	<a href="mailto:Jan.Schroeder@evkmh.de">Jan.Schroeder@evkmh.de</a>
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://onkologie.evkmh.de">http://onkologie.evkmh.de</a>

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
2	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
5	Endosonographie
6	Palliativmedizin <i>Palliativstation mit 5 Behandlungszimmern und geschulten palliativmedizinischen Team (Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberatung, Logopädie, Krankenhausseelsorge, Pflegekräfte, Palliativmediziner, Schmerztherapeuten, ambulanter Palliativpflegedienst, PDL des Hospiz)</i>
7	Prostatazentrum
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
9	Spezialsprechstunde <i>Onkologische Sprechstunde</i>
10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
11	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
12	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
14	Transfusionsmedizin
15	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
16	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
17	Sonographie mit Kontrastmittel
18	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
19	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
20	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
21	Schmerztherapie
22	Duplexsonographie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
23	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
24	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
25	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
26	Dialyse
27	Schmerztherapie
28	Onkologische Tagesklinik <i>In Kooperation mit der Onkologischen Praxis PD Dr. Jan Schröder</i>
29	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
30	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
31	Native Sonographie
32	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
33	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
34	Eindimensionale Dopplersonographie
35	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
36	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
37	Interdisziplinäre Tumornachsorge
38	Intensivmedizin
39	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute <i>Bei Karzinomen / Maligne Erkrankungen</i>
40	Schmerztherapie
41	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
42	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
43	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
45	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
46	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
47	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
48	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
49	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
50	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
51	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
52	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	1404
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	179
2	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	87
3	C83	Nicht follikuläres Lymphom	69
4	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	52
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	50
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	50
7	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	34
8	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	32
9	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	31
10	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	26

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	406
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	395
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	378
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	347
5	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	296
6	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	292
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	289
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	281
9	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	203
10	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	180

## B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Diagnostik und Therapie von hämato-onkologischen Erkrankungen und Palliativmedizin und Schmerztherapie bei onkologischen Patienten . Zweitmeinungssprechstunde und interdisziplinäre Tumorsprechstunde</i>
2	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>
3	PRÄ- UND POSTOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Durchführung prä- und postoperativer Leistungen</i>
4	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

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

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

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	4,44	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 4,44	<b>Ohne:</b> 0,00	
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,44	<b>Stationär:</b> 4,00	
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	351,0

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE			
Gesamt:		3,08	
Beschäftigungs- verhältnis:	<b>Mit:</b>	3,08	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0,31	<b>Stationär:</b> 2,77
			<b>Fälle je Anzahl:</b> 506,9

### B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

## B-[4].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Palliative Care

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[5] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://www.hno-facharztzentrum.de">http://www.hno-facharztzentrum.de</a>

### B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. Gregor Lindemann Dr. Daniel Manz, Belegarzt
Telefon:	0208 472286
Fax:	0208 229742
E-Mail:	<a href="mailto:info@hno-facharztzentrum.de">info@hno-facharztzentrum.de</a>



Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://www.hno-facharztzentrum.de">http://www.hno-facharztzentrum.de</a>

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
4	Schwindeldiagnostik/-therapie
5	Schnarchoperationen
6	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
7	Interdisziplinäre Tumornachsorge
8	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
9	Spezialsprechstunde
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
11	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
12	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
13	Diagnostik und Therapie von Allergien
14	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

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

Vollstationäre Fallzahl:	87
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	53
2	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	27
3	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	5
4	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	< 4
5	J32	Chronische Sinusitis	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	45
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	29
3	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	27
4	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	8
5	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	5
6	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	< 4
7	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
8	5-200	Parazentese [Myringotomie]	< 4
9	1-421	Biopsie ohne Inzision am Larynx	< 4
10	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	< 4

### B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 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

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

#### BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen:	3
Fälle je Anzahl:	29,0

*3 Personen*

#### B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

#### B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Plastische Operationen

## B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

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

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

## B-[6] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://anaesthesie.evkmh.de">http://anaesthesie.evkmh.de</a>

### B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3600) Intensivmedizin

### B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Eva Kottenberg, Chefärztin
Telefon:	0208 309 2451
Fax:	0208 309 2458
E-Mail:	<a href="mailto:Eva.Kottenberg@evkmh.de">Eva.Kottenberg@evkmh.de</a>
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://anaesthesie.evkmh.de">http://anaesthesie.evkmh.de</a>

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Intensivmedizin
2	Palliativmedizin
3	Schmerztherapie
4	Notfallmedizin
5	Anästhesiologie

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

## B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
3	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)

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

## 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

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

#### ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	24,64	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 24,64	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 2,46	<b>Stationär:</b>	22,18
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	9,64		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 9,64	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,96	<b>Stationär:</b>	8,68
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

#### BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

### B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
3	Intensivmedizin
4	Notfallmedizin
5	Spezielle Schmerztherapie

## B-[6].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Praxisanleitung
4	Pflege im Operationsdienst

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
3	Atmungstherapie

## B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[7] Medizinische Klinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://innere.evkmh.de">http://innere.evkmh.de</a>

### B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

### B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Philip Hilgard, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2601
Fax:	0208 309 2628
E-Mail:	<a href="mailto:Philip.Hilgard@evkmh.de">Philip.Hilgard@evkmh.de</a>
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://innere.evkmh.de">http://innere.evkmh.de</a>



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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
2	Schlaganfallschwerpunktstation mit 24 Stunden Lyse-Bereitschaft <i>Stroke Unit</i>
3	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
4	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
5	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
6	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
7	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
8	Diagnostik und Therapie von Allergien
9	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
10	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
11	Stroke Unit
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
13	Native Sonographie
14	Schulungszentrum Typ 1 und 2 Diabetes mellitus
15	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	Intensivmedizin
17	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
18	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
19	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
21	Minimalinvasive endoskopische Operationen
22	Endoskopie
23	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
24	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
25	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
26	Transfusionsmedizin
27	Eindimensionale Dopplersonographie
28	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
29	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
30	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
31	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
32	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
33	Endosonographie
34	Sonographie mit Kontrastmittel
35	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
36	Duplexsonographie

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

Vollstationäre Fallzahl:	2195
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29	Gastritis und Duodenitis	178
2	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	121
3	K80	Cholelithiasis	83
4	K57	Divertikulose des Darmes	74
5	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	72
6	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	64
7	D50	Eisenmangelanämie	50
8	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	49
9	K85	Akute Pankreatitis	46
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	44

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1255
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	850
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	694
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	607
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	444
6	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	352
7	3-056	Endosonographie des Pankreas	350
8	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	345
9	3-051	Endosonographie des Ösophagus	337
10	3-053	Endosonographie des Magens	331

## B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZENTALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	VR04 - Duplexsonographie
	VI35 - Endoskopie

1	ZENTALAMBULANZ
	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
	VR02 - Native Sonographie
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung</i>
2	ENDOSONOGRAPHIE- SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	<i>Endosonographie, Mitbehandlung bei viralen und immunologischen Lebererkrankungen</i>
3	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
4	CHRONISCH-ENDZÜNDLICHE-DARMERKRANKUNGEN
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
5	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Kernteam</i>
6	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	LANGZEIT-PH METRIE UND ÖSOPHAGUS MANOMETRIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	100
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	8

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
4	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 4

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

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

## B-[7].11 Personelle Ausstattung

### B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

#### ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	19,26	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 19,26	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 1,93	<b>Stationär:</b>	17,33
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	126,7

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	7,32		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 7,32	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,73	<b>Stationär:</b>	6,59
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	333,1

### B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie
2	Notfallmedizin
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
4	Intensivmedizin

## B-[7].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches

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

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

## B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[8] Augenklinik

### B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Augenklinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://augenlinik-mh.de">http://augenlinik-mh.de</a>

### B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2700) Augenheilkunde

### B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Barbara Schmidt, Chefärztin
Telefon:	0208 309 2940
Fax:	0208 309 2969
E-Mail:	<a href="mailto:Barbara.Schmidt@evkmh.de">Barbara.Schmidt@evkmh.de</a>
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://augenlinik-mh.de">http://augenlinik-mh.de</a>

## B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Interdisziplinäre Tumornachsorge
2	Elektrophysiologie
3	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
4	Neugeborenenenscreening <i>Augenärztliche Untersuchung bei Frühgeborenen zum Ausschluß einer Retinopathia prämaturoorum</i>
5	Optische laserbasierte Verfahren <i>IOL-Master, OCT, Optos, HRT</i>
6	Spezialsprechstunde
7	Wundheilungsstörungen
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
9	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
11	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
12	Notfallmedizin
13	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
15	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
17	Sonstiges <i>Diagnostik und Therapie des Low-Tension-Glaukoms</i>
18	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
19	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
20	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
21	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse



MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
22	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
23	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
24	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
25	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
26	Plastische Chirurgie
27	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde <i>Diagnostik und Therapie des Low-Tension-Glaukom;</i>
28	Anpassung von Sehhilfen
29	Ophthalmologische Rehabilitation
30	Diagnostikzentrum Elektrophysiologie <i>mfERG, Ganzfeld-ERG, EOG</i>
31	Laserchirurgie des Auges <i>Argon-, Farbstoff-Laser, Krypton-, SLT-, PDT-Laser</i>
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
33	Spezialsprechstunde <i>Plastische Chirurgie der Adnexe, Makulasprechstunde, Netzhautsprechstunde, Kataraktsprechstunde, Glaukom- und Hornhautsprechstunde, Sehschule</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2868
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25	Cataracta senilis	861
2	H40	Glaukom	497
3	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	302
4	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	201
5	H34	Netzhautgefäßverschluss	110
6	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	97
7	H04	Affektionen des Tränenapparates	97
8	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	85

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	H16	Keratitis	56
10	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	52

### B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	1838
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	1579
3	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	910
4	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	720
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	451
6	1-220	Messung des Augeninnendruckes	385
7	5-097	Blepharoplastik	373
8	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	323
9	3-301	Konfokale Mikroskopie	317
10	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	309

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

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VA00 - Stationersetzende Eingriffe
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

<b>1</b>	<b>VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V</b>
	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA18 - Laserchirurgie des Auges
	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
	VA15 - Plastische Chirurgie
<b>2</b>	<b>PRIVATAMBULANZ</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	<i>Behandlung frühkindlicher Sehstörungen, Behandlung kindlicher Sehschwäche, Behandlung der Schiefen, Behandlung von Augenmuskelerkrankungen und -lähmungen.</i>
<b>3</b>	<b>ZENTRALAMBULANZ</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA15 - Plastische Chirurgie
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>
<b>4</b>	<b>SPEZIALSPRECHSTUNDE: ERKRANKUNGEN DES GLASKÖRPERS, DER NETZHAUT UND DER ADERHAUT</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VA00 - Intravitreale Injektionen, ambulante Netzhautoperationen

4	SPEZIALSPRECHSTUNDE: ERKRANKUNGEN DES GLASKÖRPERS, DER NETZHAUT UND DER ADERHAUT
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA18 - Laserchirurgie des Auges
	VA17 - Spezialsprechstunde
	<i>Kontrolle und Behandlung von Netzhautveränderungen aufgrund eines Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) oder anderer Ursachen; Veränderungen an der Netzhautmitte mit Seheinschränkungen; Sehstörungen durch neurologische Grunderkrankungen.</i>
5	AMBULANZ: ERKRANKUNGEN DER VORDEREN AUGENABSCHNITTE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VA00 -
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA18 - Laserchirurgie des Auges
	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
	VA15 - Plastische Chirurgie
	<i>Sprechstunde für Katarakt-Patienten, Hornhauterkrankungen, Glaukom, Lid- und Tränenwegserkrankungen</i>
6	SEHSCHULE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	<i>Behandlung frühkindlicher Sehstörungen, Behandlung kindlicher Sehschwäche, Behandlung der Schielformen, Behandlung von Augenmuskelerkrankungen und -lähmung</i>

7	AMBULANZ REFRAKTIVE CHIRURGIE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
	<i>Sprechstunde für Katarakt-Patienten, Hornhauterkrankungen, Glaukom, Lid- und Tränenwegserkrankungen, einschl. Eingriffe der refraktiven Chirurgie z.B. Lasik</i>
8	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	<i>Kontrolle und Behandlung von Netzhautveränderungen aufgrund eines Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) oder anderer Ursachen; Veränderungen an der Netzhautmitte mit Seheinschränkungen; Sehstörungen durch neurologische Grunderkrankungen</i>
9	IVOM-SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Behandlung der feuchten altersabhängigen Maculardegeneration</i>
10	HINTERER AUGENABSCHNITT
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
11	HORNHAUTERKRANKUNGEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
12	LASERBEHANDLUNGEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	1262
2	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	938

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	335
4	5-142	Kapsulotomie der Linse	298
5	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	199
6	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	162
7	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	64
8	5-097	Blepharoplastik	61
9	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	55
10	5-136	Andere Iridektomie und Iridotomie	43

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

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

### B-[8].11 Personelle Ausstattung

#### B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	17,37	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 17,37	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 1,74	<b>Stationär:</b>	15,63
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	183,5

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE			
Gesamt:		6,02	
Beschäftigungs- verhältnis:	<b>Mit:</b>	6,02	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0,60	<b>Stationär:</b> 5,42
			<b>Fälle je Anzahl:</b> 529,2

### B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Intensivmedizin
3	Notfallmedizin
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

## B-[8].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

### B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege im Operationsdienst
3	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
4	Praxisanleitung

### B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric
	<i>z. B. Zercur</i>

### B-[8].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[9] Chirurgische Klinik

### B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://chirurgie.evkmh.de">http://chirurgie.evkmh.de</a>

### B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

### B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes



### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2401
Fax:	0208 309 2405
E-Mail:	Heinz-Jochen.Gassel@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://chirurgie.evkmh.de">http://chirurgie.evkmh.de</a>

### B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

### B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
3	Minimalinvasive endoskopische Operationen
4	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
5	Speiseröhrenchirurgie
6	Notfallmedizin
7	Lungenchirurgie
8	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
10	Native Sonographie
11	Spezialsprechstunde
12	Chirurgische Intensivmedizin
13	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
14	Mediastinoskopie
15	Tumorchirurgie
16	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
17	Operationen wegen Thoraxtrauma
18	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
19	Portimplantation
20	Nierenchirurgie
21	Endokrine Chirurgie
22	Magen-Darm-Chirurgie
23	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
24	Endosonographie
25	Eindimensionale Dopplersonographie
26	Thorakoskopische Eingriffe
27	Duplexsonographie

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

Vollstationäre Fallzahl:	2090
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	140
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	114
3	N20.1	Ureterstein	87
4	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	78
5	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	68
6	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	48
7	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	48
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	47
9	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	39
10	K61.0	Analabszess	37
11	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	35
12	K60.3	Analfistel	31

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	30
14	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	29
15	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	29
16	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	27
17	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	26
18	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	26
19	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	25
20	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	25
21	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	23
22	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	20
23	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	19
24	N20.0	Nierenstein	17
25	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	17
26	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	16
27	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	16
28	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	15
29	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	15
30	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	15

### B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	188
2	K80	Cholelithiasis	176
3	N20	Nieren- und Ureterstein	124
4	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	119
5	K35	Akute Appendizitis	107
6	K43	Hernia ventralis	69
7	K57	Divertikulose des Darmes	66
8	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	65
9	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	60

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	57

### B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	515
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	474
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	292
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	194
5	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	188
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	185
7	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	184
8	5-573.3	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Destruktion	181
9	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	175
10	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	171
11	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	167
12	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	158
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	152
14	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	139
15	3-13d.5	Urographie: Retrograd	136
16	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	109
17	5-470.10	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch (Schlingen)ligatur	104
18	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	101
19	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	101
20	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup>	88
21	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	87

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	85
23	3-206	Native Computertomographie des Beckens	81
24	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	74
25	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	74
26	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	72
27	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	70
28	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	69
29	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	55
30	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	55

### B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	515
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	474
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	378
4	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	367
5	5-511	Cholezystektomie	234
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	198
7	8-132	Manipulationen an der Harnblase	196
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	194
9	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	190
10	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	185

## B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
	VC24 - Tumorchirurgie
2	KOLOPROKTOLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC20 - Nierenchirurgie
	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VC24 - Tumorchirurgie
	<i>Die Notfallambulanz steht jedem Patienten 24h zur Verfügung</i>
4	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
5	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Kernteam</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	136
2	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	42
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	38
4	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	18
5	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	9
6	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	9
7	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	8
8	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	8
9	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	6
10	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	6

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[9].11 Personelle Ausstattung

### B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

#### ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	12,79	<b>Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:</b>	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	12,79	<b>Ohne:</b> 0,00
	<b>Ambulant:</b>	1,28	<b>Stationär:</b> 11,51
Versorgungsform:			<b>Fälle je Anzahl:</b> 181,6

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE			
Gesamt:		8,75	
Beschäftigungs- verhältnis:	<b>Mit:</b>	8,75	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0,88	<b>Stationär:</b> 7,87
			<b>Fälle je Anzahl:</b> 265,6

### B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Viszeralchirurgie
2	Allgemeinchirurgie
3	Urologie

### B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Notfallmedizin
2	Proktologie
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

## B-[9].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

### B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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



ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
5	Pflege in der Onkologie
6	Praxisanleitung

### B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement
	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
2	Breast Care Nurse

### B-[9].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[10] Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie

### B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://plastischechirurgie.evkmh.de">http://plastischechirurgie.evkmh.de</a>

### B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1900) Plastische Chirurgie

## B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Christian Soimaru, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2490
Fax:	0208 309 2493
E-Mail:	Christian.Soimaru@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://plastischechirurgie.evkmh.de">http://plastischechirurgie.evkmh.de</a>

## B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe <i>Für mikrochirurgische und rekonstruktive Operationsverfahren steht ein OP Mikroskop zur Verfügung.</i>
2	Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	Chirurgie der Bewegungsstörungen
4	Spezialsprechstunde
5	Arthroskopische Operationen
6	Metall-/Fremdkörperentfernungen
7	Septische Knochenchirurgie
8	Verbrennungschirurgie
9	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
10	Handchirurgie
11	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie <i>Gesicht: Ober- und Unterlidstraffung; Augenbrauenanhebung BrustBauchwandExtremitäten Faltenbehandlung</i>
12	Amputationschirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
13	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
16	Rheumachirurgie
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
18	Wundheilungsstörungen
19	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
20	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
21	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
22	Adipositaschirurgie
23	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>Zur Diagnostik von handchirurgischen Fragestellungen steht ein Mini C Bogen zur Verfügung.</i>
25	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
26	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
27	Dermatochirurgie
28	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
29	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
30	Ästhetische Dermatologie
31	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
33	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
34	Plastische Chirurgie
35	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
36	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
37	Chirurgie der peripheren Nerven
38	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
39	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
40	Mammachirurgie
41	Tumorchirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl:	748
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	94
2	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	79
3	M72	Fibromatosen	44
4	M86	Osteomyelitis	34
5	M65	Synovitis und Tenosynovitis	34
6	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	33
7	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	26
8	S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	26
9	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	26
10	L03	Phlegmone	24

## B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	652
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	434
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	416
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	368
5	5-343	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand	186
6	5-849	Andere Operationen an der Hand	182
7	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	164
8	5-844	Operation an Gelenken der Hand	150
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	135
10	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	130

## B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
2	PLASTISCHE- REKONSTRUKTIVE- UND HANDCHIRRURGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
4	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)

## B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

VAV - Verfahren Hand

## B-[10].11 Personelle Ausstattung

### B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	7,58	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,58	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,76	Stationär:	6,82
		Fälle je Anzahl:	109,7

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE			
Gesamt:		4,31	
Beschäftigungs- verhältnis:	<b>Mit:</b>	4,31	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0,43	<b>Stationär:</b> 3,88
			<b>Fälle je Anzahl:</b> 192,8

### B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Plastische und Ästhetische Chirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
3	Allgemeinchirurgie

### B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Handchirurgie
2	Notfallmedizin
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

## B-[10].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

### B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

### B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

## B-[10].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[11] Medizinische Klinik - Geriatrie

### B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik - Geriatrie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://geriatrie.evkmh.de">http://geriatrie.evkmh.de</a>

### B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0200) Geriatrie

### B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Christian Triebel, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2666
Fax:	0208 309 2628
E-Mail:	<a href="mailto:Christian.triebel@evkmh.de">Christian.triebel@evkmh.de</a>
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://geriatrie.evkmh.de">http://geriatrie.evkmh.de</a>

## B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
2	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
6	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
7	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
8	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
9	Schmerztherapie
10	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
11	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
12	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
13	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
14	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen <i>bezogen auf die Geriatrie</i>
15	Schlaganfallschwerpunktstation mit 24 Stunden Lyse-Bereitschaft <i>Stroke Unit</i>
16	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>Geriatrische Tagesklinik als teilstationäre Leistung vorhanden</i>
17	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
18	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
19	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
20	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems



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

Vollstationäre Fallzahl:	890
Teilstationäre Fallzahl:	111

## B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	98
2	I63	Hirnfarkt	95
3	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	68
4	G30	Alzheimer-Krankheit	59
5	G40	Epilepsie	56
6	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	42
7	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	37
8	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	29
9	S06	Intrakranielle Verletzung	22
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	20

## B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	1787
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	729
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	601
4	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	388
5	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	173
6	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	169
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	137
8	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	133
9	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	127
10	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	116

## B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZULASSUNG ZUR GERIATRISCHEN INSTITUTSAMBULANZ (GIA)
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung</i>
2	PRÄ- UND POSTSTATIONÄRE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Durchführung von prä- und poststationären Leistungen</i>
3	GERIATRISCHE TAGESKLINIK
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
4	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)

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

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

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

## B-[11].11 Personelle Ausstattung

## B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	4,36	<b>Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:</b>	42,00
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 4,36	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,44	<b>Stationär:</b>	3,92
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	227,0
- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE			
Gesamt:	4,36		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 4,36	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,44	<b>Stationär:</b>	3,92
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	227,0

### B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Allgemeinmedizin
3	Neurologie

### B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin
2	Geriatric
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
4	Palliativmedizin

## B-[11].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

### B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches

### B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric
2	Bobath

## B-[11].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[12] Mülheimer Frauenklinik - Gynäkologie

### B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Mülheimer Frauenklinik - Gynäkologie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://gynaekologie.evkmh.de">http://gynaekologie.evkmh.de</a>

## B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2425) Frauenheilkunde

## B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Andrea Schmidt, Chefärztin
Telefon:	0208 309 2501
Fax:	0208 309 2519
E-Mail:	Andrea.Schmidt@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://gynaekologie.evkmh.de">http://gynaekologie.evkmh.de</a>

## B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
2	Inkontinenzchirurgie
3	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
6	Endoskopische Operationen
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
8	Urogynäkologie
9	Gynäkologische Chirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
10	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
11	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
12	Spezialsprechstunde
13	Eindimensionale Dopplersonographie
14	Duplexsonographie
15	Native Sonographie
16	Endosonographie
17	Gynäkologische Endokrinologie

### B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1285
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	120
2	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	91
3	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	64
4	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	56
5	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	47
6	N81	Genitalprolaps bei der Frau	43
7	D25	Leiomyom des Uterus	43
8	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	40
9	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	39
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	36

### B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	767
2	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	129

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	3-100	Mammographie	128
4	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	125
5	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	117
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	108
7	5-653	Salpingoovariektomie	92
8	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	91
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	90
10	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	84

## B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VG00 - Brustsprechstunde
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG05 - Endoskopische Operationen
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
	VG07 - Inkontinenzchirurgie
	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
	VR02 - Native Sonographie
	VG15 - Spezialsprechstunde
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Die Zentralambulanz und der Kreissaal steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung</i>
2	ZWEITE MEINUNGS-SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

2	ZWEITE MEINUNGS-SPRECHSTUNDE
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Sprechstunde für abklärungsbedürftige Befunde der Brust</i>
3	TUMORSPRECHSTUNDE, AMBULANTE ERMÄCHTUNG ZUR VERLAUFSKONTROLLE BEI NEOADJUVANTER CHEMOTHERAPIE,
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
4	SPRECHSTUNDE FÜR ABKLÄRUNGSBEDÜRFTIGE BEFUNDE DER BRUST
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
5	HARNINKONTINENZ-SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Sprechstunde für Frauen mit Harninkontinenz, einschl. der Möglichkeit urodynamischer Messungen.</i>
6	ZWEIT-MEINUNGSSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
7	GYNÄKOLOGIE-SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
8	HARNINKONTINENZSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz



8	HARNINKONTINENZSPRECHSTUNDE
	LEISTUNGEN:
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Sprechstunde für Frauen mit Harninkontinenz, einschl. der Möglichkeit urodynamischer Messungen</i>
9	TUMORSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
10	MULTIDISZIPLINÄRE FALLKONFERENZEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Teilnahme an multidisziplinären Fallkonferenzen</i>
11	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMORE DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>hinzuzuziehende Fachärzte</i>
12	DYSPLASIESPRECHSTUNDE, UROGYNÖKOLOGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
13	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
14	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

## B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	239
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	216
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	136
4	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	47
5	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	41
6	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	31
7	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	16

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	6
9	5-469	Andere Operationen am Darm	4
10	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4

## B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[12].11 Personelle Ausstattung

### B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Das ärztliche Personal der Frauenklinik wurde anhand eines von uns definierten Verteilungsschlüssels auf Basis der Belegungszahlen eingesetzten Mitarbeiter in die Fachabteilungen der Gynäkologie und Geburtshilfe durchschnittlich verteilt.

#### ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

<b>Gesamt:</b>	4,78	<b>Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:</b>	42,00
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 4,78	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,48	<b>Stationär:</b>	4,30
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	298,8

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

<b>Gesamt:</b>	1,83		
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	<b>Mit:</b> 1,83	<b>Ohne:</b>	0,00
<b>Versorgungsform:</b>	<b>Ambulant:</b> 0,18	<b>Stationär:</b>	1,65
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	778,8

### B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

## B-[12].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

### B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Praxisanleitung

### B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

## B-[12].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[13] Klinik für Unfall-, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie

## B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfall-, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://unfallchirurgie.evkmh.de">http://unfallchirurgie.evkmh.de</a>

### B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1600) Unfallchirurgie

### B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Ulf Kerkhoff, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2461
Fax:	0208 309 2465
E-Mail:	<a href="mailto:Ulf.Kerkhoff@evkmh.de">Ulf.Kerkhoff@evkmh.de</a>
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://unfallchirurgie.evkmh.de">http://unfallchirurgie.evkmh.de</a>

### B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Minimalinvasive endoskopische Operationen
2	Traumatologie
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
4	Verbrennungschirurgie
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
8	Septische Knochenchirurgie
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
11	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
12	Amputationschirurgie
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
14	Chirurgie der Bewegungsstörungen
15	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
16	Fußchirurgie
17	Bandrekonstruktionen/Plastiken
18	Metall-/Fremdkörperentfernungen
19	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
20	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
21	Schulterchirurgie
22	Handchirurgie
23	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
24	Chirurgie der peripheren Nerven
25	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
26	Wirbelsäulenchirurgie
27	Sportmedizin/Sporttraumatologie
28	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
29	Arthroskopische Operationen
30	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
31	Chirurgische Intensivmedizin
32	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
33	Notfallmedizin
34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
35	Spezialsprechstunde
36	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
37	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
39	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

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

Vollstationäre Fallzahl:	1658
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M54	Rückenschmerzen	111
2	S52	Fraktur des Unterarmes	111
3	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	110
4	S72	Fraktur des Femurs	101
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	91
6	M48	Sonstige Spondylopathien	90
7	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	87
8	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	78
9	M47	Spondylose	75
10	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	72

## B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	406
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	318
3	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	278
4	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	278
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	248
6	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	239
7	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	217
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	209
9	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	205
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	196

## B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
3	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Wirbelsäule- und Unfallchirurgie, Endoprothetikzentrum</i>
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
5	D ARZTAMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	<i>bg-liche Behandlung</i>

## B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	53
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	46
3	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	36
4	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	20
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	7
6	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	7
7	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
8	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	6
9	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	5
10	1-697	Diagnostische Arthroskopie	5

## B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[13].11 Personelle Ausstattung

### B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.



ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	9,57	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 9,57	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,96	<b>Stationär:</b>	8,61
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	192,6
- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE			
Gesamt:	5,26		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 5,26	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,53	<b>Stationär:</b>	4,73
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	350,5

### B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie

### B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Manuelle Medizin/Chirotherapie
2	Sportmedizin
3	Notfallmedizin
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
5	Spezielle Orthopädische Chirurgie
6	Spezielle Unfallchirurgie

## B-[13].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

### B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Praxisanleitung

### B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

## B-[13].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[14] Gefäßchirurgische Klinik

### B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Gefäßchirurgische Klinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://gefaesschirurgie.evkmh.de">http://gefaesschirurgie.evkmh.de</a>

## B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1800) Gefäßchirurgie

## B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Alexander Stehr, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2441
Fax:	0208 309 2443
E-Mail:	Alexander.Stehr@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://gefaesschirurgie.evkmh.de">http://gefaesschirurgie.evkmh.de</a>

## B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Chirurgische Intensivmedizin
2	Thorakoskopische Eingriffe
3	Spezialsprechstunde
4	Minimalinvasive endoskopische Operationen
5	Amputationschirurgie
6	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
7	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
8	Dialyseshuntchirurgie
9	Wundheilungsstörungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
10	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
11	Aortenaneurysmachirurgie
12	Phlebographie
13	Tumorchirurgie
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
15	Native Sonographie
16	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
18	Duplexsonographie
19	Arteriographie
20	Schmerztherapie
21	Portimplantation
22	Eindimensionale Dopplersonographie
23	operatives Wundmanagement
24	Behandlung von Kompressionsyndromen
25	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
26	Sonographie mit Kontrastmittel
27	Visceralarterienchirurgie
28	Endovaskuläre Aorten Chirurgie
29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren

### B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1330
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	466
2	I83	Varizen der unteren Extremitäten	249
3	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	133
4	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	76

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	67
6	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	50
7	A46	Erysipel [Wundrose]	50
8	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	31
9	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	26
10	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	25

### B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	723
2	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	716
3	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	587
4	5-381	Endarteriektomie	549
5	5-983	Reoperation	460
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	420
7	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	419
8	5-930	Art des Transplantates	385
9	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	376
10	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	361

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

1	GEFÄßCHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC63 - Amputationschirurgie
	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
	VR15 - Arteriographie
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VC61 - Dialysehuntchirurgie
	VR04 - Duplexsonographie
	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen

1	GEFÄßCHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE
	VR16 - Phlebographie  <i>Sprechstunde für Erkrankungen der hirnversorgenden Gefäße; Sprechstunde für Erkrankungen an den großen Arterien im Bauch und Beinbereich; Venensprechstunde mit Verbandssprechstunde bei offenen Wunden; Sprechstunde Diabetischer Fuß</i>
2	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)  <i>Die Zentralambulanz steht jederzeit allen Patienten zur Verfügung.</i>
3	PRÄ- UND POSTSTATIONÄRE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  <i>Durchführung prä- und poststationärer Leistungen</i>
4	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V  <i>hinzuzuziehende Fachärzte</i>
5	MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM NACH § 95 SGB V
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	32
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	12
3	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	5
4	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
6	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	< 4
7	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4

### B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[14].11 Personelle Ausstattung

### B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	10,14	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,14	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,01	Stationär:	9,13
		Fälle je Anzahl:	145,7
- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE			
Gesamt:	6,04		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,04	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,60	Stationär:	5,44
		Fälle je Anzahl:	244,5

#### B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

#### B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin
2	Phlebologie
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

## B-[14].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

### B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Praxisanleitung

### B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

## B-[14].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## B-[15] Institut Laboratoriumsmedizin + Mikrobiologie

### B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut Laboratoriumsmedizin + Mikrobiologie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://labor.evkmh.de">http://labor.evkmh.de</a>



## B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

## B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Britt Hornei, Chefärztin
Telefon:	0208 309 3451
Fax:	0208 309 3459
E-Mail:	Britt.Hornei@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://labor.evkmh.de">http://labor.evkmh.de</a>

Name/Funktion:	Dr. med. Claudia Baumann, Chefärztin
Telefon:	0208 309 3451
Fax:	0208 309 3459
E-Mail:	Claudia.Baumann@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://labor.evkmh.de">http://labor.evkmh.de</a>

## B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Basislabor und Speziallabor mit Serologie und Autoimmundiagnostik, Laboratoriumsmedizin
2	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

*Reisemedizin*

3 Transfusionsmedizin

4 mikrobiologische Diagnostik

*einschließlich Tuberkuloseuntersuchungen und molekularbiologischer Diagnostik*

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

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

## B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

## B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPRECHSTUNDE FÜR PATIENTEN MIT GERINNUNGSSTÖRUNGEN
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI00 - Laboratoriumsmedizin
	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VI42 - Transfusionsmedizin
2	MVZ NIEDERGELASSENE PRAXIS FÜR LABORATORIUMSMEDIZIN
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
3	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
4	BLUTBANK
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[15].11 Personelle Ausstattung

### B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

#### ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	1,00	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 1,00	<b>Ohne:</b> 0,00	
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,10	<b>Stationär:</b> 0,90	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0	

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	1,00		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 1,00	<b>Ohne:</b> 0,00	
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,10	<b>Stationär:</b> 0,90	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0	

#### BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

### B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Laboratoriumsmedizin
2	Hygiene und Umweltmedizin
3	Transfusionsmedizin
4	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

### B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Hämostaseologie

### B-[15].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

#### B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

### B-[15].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

## B-[16] Mülheimer Frauenklinik - Geburtshilfe

### B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Mülheimer Frauenklinik - Geburtshilfe
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://geburtshilfe.evkmh.de">http://geburtshilfe.evkmh.de</a>

## B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2500) Geburtshilfe

## B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Andrea Schmidt, Chefärztin
Telefon:	0208 309 2501
Fax:	0208 309 2519
E-Mail:	andrea.schmidt@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	<a href="http://geburtshilfe.evkmh.de">http://geburtshilfe.evkmh.de</a>

## B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Betreuung von Risikoschwangerschaften
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
3	Ambulante Entbindung
4	Geburtshilfliche Operationen
5	Endosonographie
6	Eindimensionale Dopplersonographie
7	Native Sonographie
8	Duplexsonographie
9	Spezialsprechstunde

## B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1456
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	636
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	177
3	O70	Dammriss unter der Geburt	137
4	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	98
5	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	87
6	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	63
7	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	45
8	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	27
9	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	23
10	O42	Vorzeitiger Blasensprung	20

## B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	689
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	446
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	357
4	5-749	Andere Sectio caesarea	252
5	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	161
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	158
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	158
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	149
9	5-728	Vakuumentbindung	75

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	28

## B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ULTRASCHALL- UND DOPPLERSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Ultraschalluntersuchungen in Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Dopplersonographie</i>
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
3	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VR02 - Native Sonographie
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>
4	GEBURTSPLANUNGS-SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
5	GEBURTSPLANUNGS-SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
6	ULTRASCHALL- UND DOPPLERSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	<i>Ultraschalluntersuchungen in Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Dopplersonographie</i>

## B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-[16].11 Personelle Ausstattung

### B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Das ärztliche Personal der Frauenklinik wurde anhand eines von uns definierten Verteilungsschlüssels auf Basis der Belegungszahlen eingesetzten Mitarbeiter in die Fachabteilungen der Gynäkologie und Geburtshilfe durchschnittlich verteilt.

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	7,06	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,06	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,71	Stationär:	6,35
		Fälle je Anzahl:	229,3
- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE			
Gesamt:	2,70		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,70	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,27	Stationär:	2,43
		Fälle je Anzahl:	599,2

#### B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe



### B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

### B-[16].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

#### B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Praxisanleitung

#### B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

### B-[16].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	98	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
2	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	58	100
3	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	6	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	39	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	25	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	12	100
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	79	100
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	292	100,34
9	Geburtshilfe (16/1)	754	100,8
10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	63	100
11	Mammachirurgie (18/ 1)	183	100
12	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	359	100
13	Hüftendoprothesenve (HEP)	187	100
14	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	170	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
15	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	22	100
16	Knieendoprothesenve (KEP)	71	100
17	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	67	100
18	Knieendoprothesenve : Knieendoprothe- senwechsel und -komponentenwechse (KEP_WE)	4	100
19	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	265	100

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,86 % - 0,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	11,06
Grundgesamtheit	98
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
	Ergebnis-ID	101801
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	1,6 % - 10,03 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,60 %
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,12 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	98
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>U33</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101802</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	7,15 % - 20,19 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	56,14 % - 56,85 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	12
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	98
4	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101803</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	80,45 % - 93,41 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	93,37 % - 93,72 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	84
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	95
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>5</b>	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2194</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

**BUNDESERGEBNIS**

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

**FALLZAHL**

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

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

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



6	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2195</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 4,19 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 6,17 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,82 % - 1,09 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0
	Grundgesamtheit	73

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
7 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51191</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,28 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,06 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,7
Grundgesamtheit	98
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
8 Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52139</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	79,57 % - 90,5 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	88,63 % - 89,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	134
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	156

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
9	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	94,15 % - 98,04 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,37 % - 95,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	341
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	353
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

10	<b>Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52311</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,77 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	1,56 % - 1,74 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	98
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
11	<b>Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54140</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>          Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich		95,63 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≥ 90,00 %
Vertrauensbereich		98,5 % - 98,68 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		84
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		84
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↔ unverändert
12	<b>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>		<b>54141</b>
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	93,56 % - 99,79 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	96,67 % - 96,93 %
-------------------	-------------------

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	83
------------------------	----

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	84
-----------------	----

13

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

Ergebnis-ID	54142
-------------	-------

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
------------------	--

Art des Wertes	TKez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 4,37 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	0,08 % - 0,13 %
-------------------	-----------------

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
------------------------	---

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	84
-----------------	----

14

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

Ergebnis-ID	54143
-------------	-------

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
------------------	--

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------



Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

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

#### FALLZAHL

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

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

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

15

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

≤ 2,30 %

Vertrauensbereich

0,11 % - 0,24 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

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

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

16

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

Ergebnis-ID

52307

Leistungsbereich

Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	93,73 % - 98,65 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,09 % - 98,29 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	198
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	204

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

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

17

**Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt**

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,10 %
	Vertrauensbereich	0,82 % - 1,2 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>18</b>	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
	Ergebnis-ID	51404
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 298,48 %
-------------------	----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,75 % - 1,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,01
Grundgesamtheit	6

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

19	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52315</b>
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,64 % - 1,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131802</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,50 %
Vertrauensbereich	0,77 % - 1,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)



QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22	<b>Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131803</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                      Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	17 % - 44,76 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	57,74 % - 59,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	38
23	<b>Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50005</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>          Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	91,03 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,35 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	39
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>24 Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50055</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	83,11 % - 98,58 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	89,35 % - 90,15 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	37
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	39
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
25	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51186</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 32,13 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11
Grundgesamtheit	39

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
---------------------------------------	---

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

26	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52131</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	84,78 % - 97,5 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	91,33 % - 91,94 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	59
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	63
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

27	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52316</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	93,98 % - 99,53 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,14 % - 96,41 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	115
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	117
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

28	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)	
<b>Ergebnis-ID</b>	52325	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 3,00 %	
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,03 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich; Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	

29	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
<b>Ergebnis-ID</b>		<b>141800</b>
Leistungsbereich		Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich		0 % - 13,32 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 3,80 %
Vertrauensbereich		0,21 % - 0,44 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		25
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar



30	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52321</b>
	Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	91,97 % - 98,48 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,69 % - 98,87 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	136
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	141
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

31	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>151800</b>
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,90 %
	Vertrauensbereich	1,26 % - 1,8 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	12
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51196</b>
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 90,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,37 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,32 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,03
	Grundgesamtheit	12

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
33 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52324</b>
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 25,88 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,37 % - 0,74 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

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

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H99</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe-Leitfaden.
37 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51437</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,83 % - 98,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)



QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>38 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51443</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                      Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,5 % - 99,36 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

40	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51448</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,89 % - 5,07 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
41	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51859</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,77 % - 4,33 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

43

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51865</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                  Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,27 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

44	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51873</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,15 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 1,17 %

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



QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
46	<b>Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,24 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,9 % - 99,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	53
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	53

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
47 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>604</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	86,68 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,57 % - 99,8 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

48	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>605</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 7,41 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,09 % - 1,49 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	48

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umze">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umze</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,8 % - 4,56 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5
50	<b>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10211</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 20,00 %
	Vertrauensbereich	7,45 % - 8,27 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
51	<b>Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>12874</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,00 %
	Vertrauensbereich	0,85 % - 1,04 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
52	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51906</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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



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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

**BUNDESERGEBNIS**

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

**FALLZAHL**

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

56

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

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 4,58 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	1 % - 1,19 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	80
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
57	<b>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</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60686</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	15,6 % - 50,87 %
-------------------	------------------

#### BUNDESERGEBNIS

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

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	23

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

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

58

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

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	90,43 % - 99,23 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 75,00 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	88,06 % - 88,69 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	70
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	72
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
59	<b>Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>1058</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 31,87 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,44 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6

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

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

60

**Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181800</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0 % - 5,33 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,35 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,82 % - 0,96 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,72
Grundgesamtheit	542
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend	
Ergebnis-ID	318	
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	96,99 % - 97,4 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	



62	Übersäuerung des Nabelschnurlutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>321</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung</a>                      Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
63	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>330</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	97,05 % - 97,76 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
64	<b>Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50045</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	98,11 % - 99,95 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	99,05 % - 99,12 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	215
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	216

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

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

65

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51397
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                  Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>66</b>	<b>Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden)</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51803</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,32
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

67	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51831</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 11,09 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4,69 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,86 % - 1,07 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,3
	Grundgesamtheit	24

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
68 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52249</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	216
Erwartete Ereignisse	217,1
Grundgesamtheit	756
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
69 Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54030</b>
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	3,44 % - 17,27 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	12,48 % - 13,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	63



QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
70	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54033</b>
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,91 % - 2,18 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	9,61
Grundgesamtheit	53
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

71	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
----	---

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54042</b>
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,36 % - 3,52 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	5,76
Grundgesamtheit	63
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
72	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54046</b>
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                  Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0,62 % - 3,79 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,93 % - 1 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	2,53
	Grundgesamtheit	63
<b>73</b>	<b>Vorbauende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54050</b>
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knocheile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	93,79 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,85 % - 97,15 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	58
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	58
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
74	<b>Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen</b>	
	Ergebnis-ID	211800
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	96,3 % - 100 %
-------------------	----------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,65 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	98,93 % - 99,09 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	100
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	100

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

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

75

Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2163</b>
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 16,23 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0,06 % - 0,22 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
76	Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, wurden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten und bei denen die Brust nicht entfernt wurde, sondern brusterhaltend operiert wurde)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50719</b>
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 25,88 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,33 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,35 % - 5,48 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11

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

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

77

#### Zwischen dem Zeitpunkt, wann der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51370</b>
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 13,55 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,16 % - 3,46 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
78	<b>Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51846</b>
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	95,57 % - 99,86 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	97,56 % - 97,78 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	123
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	124
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
79	<b>Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen notwendig (in den Wächterlymphknoten können sich Krebszellen ansiedeln; wenn diese nachgewiesen werden, können sie für einen weiteren Befall der Achselhöhle sprechen)</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51847</b>
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	88,89 % - 99,62 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,74 % - 97,11 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	47

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

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

80

Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)

Ergebnis-ID	52268
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
--------------------------	--

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	6,32 % - 18,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,71 % - 13,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	99

  

81	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, 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.)
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52279</b>
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,11 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,68 % - 98,94 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	28

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
82	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, 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.)
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52330</b>
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,33 % - 99,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	37
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

83	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52009</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	1,79 % - 2,5 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	138
	Erwartete Ereignisse	65,28
	Grundgesamtheit	18985
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

84	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↕ verbessert

85	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521801</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umre">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umre</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	18985
86	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52326</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich	0,49 % - 0,7 %
-------------------	----------------

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
-------------------	----------------

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	111
------------------------	-----

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	18985
-----------------	-------

87

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10271</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
------------------	--

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	2,09 % - 7,33 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,83 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,05 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	2,39
Grundgesamtheit	125

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>U99</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
---------------------------------------	--

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

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Änderung der Versorgung, daher aktuell besondere Situation, durch Wechsel der Führung sind Gegenmaßnahmen eingeleitet
--	---

88	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)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191914</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</a></p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,94 % - 4,16 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	2,96
	Grundgesamtheit	78
89	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54001</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>          Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	95,99 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,53 % - 97,67 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	92
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	92
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>90</b>	<b>Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54002</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	69 % - 95,66 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 86,00 %
	Vertrauensbereich	93,46 % - 94,13 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	24
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
91	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54003</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	12,35 % - 12,89 %

#### FALLZAHL

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

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

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

92

#### Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	95,5 % - 99,65 %
-------------------	------------------

#### BUNDESERGEBNIS

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

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	156
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	158

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

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

93

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0,47 % - 1,65 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,98 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	10,06
Grundgesamtheit	167
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert



94	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Hüftgelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
<b>Ergebnis-ID</b>		<b>54013</b>
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		—
Vertrauensbereich		—
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Sentinel Event
Vertrauensbereich		0,04 % - 0,06 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert

95	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
<b>Ergebnis-ID</b>		<b>54015</b>
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich		2,03 % - 4,27 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 2,07 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,95 % - 1 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		20
Erwartete Ereignisse		6,64
Grundgesamtheit		78

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>U31</b> - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
96	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54016</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierem Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierem Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,7 % - 10,65 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,59 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,4 % - 1,51 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	92
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

97	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)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54017</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 17,60 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	5,99 % - 6,71 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

98	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)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54018</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	2,77 % - 14,14 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 11,06 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,29 % - 4,63 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	78
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

99	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)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54019</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	3,02 % - 13,51 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 7,45 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,26 % - 2,4 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	92
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

100	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54120</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,07 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
101	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a>  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 11,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,05 % - 3,66 %



FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H99</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe-Leitfaden.
102 Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54020</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,98 % - 99,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,87 % - 98,02 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	60
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	62
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
103	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,39 % - 96,86 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
104	<b>Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54022</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	93,61 % - 94,41 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

105	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54028</b>	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>	
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich	0 % - 10,08 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 4,24 (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich	0,85 % - 0,98 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	0,36	
Grundgesamtheit	68	

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
106 Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54123</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,42 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,2 % - 1,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	67
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

107	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54124</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,73 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,93 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

108	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54125</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 13,45 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,92 % - 4,6 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

109	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
<b>Ergebnis-ID</b>		<b>54127</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 5,66 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	Sentinel Event	
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	64	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	



110	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig	
<b>Ergebnis-ID</b>		<b>54128</b>
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a>            Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		94,79 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≥ 98,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich		99,73 % - 99,78 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		56
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		56
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↔ unverändert

111	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2005</b>
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	97,29 % - 99,79 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	263
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	265
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

112	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2006</b>
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung</a>                      Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	97,23 % - 99,79 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,59 % - 98,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	257
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	259
113	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2007</b>
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
-------------------	-----------------

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,92 % - 97,62 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6

114

**Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich	96,36 % - 99,72 %
-------------------	-------------------

**BUNDESERGEBNIS**

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

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	194
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	196

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

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

115

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

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	95,86 % - 99,87 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	94,11 % - 94,37 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	132
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	133
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
116	<b>Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2028</b>
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	88,74 % - 96,97 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

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

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	127
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	135

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

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen. Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

117

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

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	97,06 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,51 % - 98,63 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	127
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	127
118	<b>Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>231900</b>
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p>



RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	13,94 % - 23,2 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,76 % - 13,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	265
119 Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50722</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,27 % - 99,79 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	261
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	263

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
120 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,41 % - 1,44 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	11,58
Grundgesamtheit	201

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

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

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

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

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

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

Leistungsbereich:	Stationäre Patienten, Erhebung der Prozessqualität und Ergebnisqualität
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Qualitätssicherung Bauchortenaneurysma im Auftrag der DGG
Ergebnis:	61
Messzeitraum:	01.01. – 31.12.2019
Datenerhebung:	Register m. webbasierter Erf. v. Datensätzen zu Bauchortenaneurysma-Op`s (konventionell-chirurg. und endovaskulär). Folgeeingr. und Follow-up.
Rechenregeln:	Keine
Referenzbereiche:	Keine, Jährliche Auswertung durch die Qualitäts-Sicherungs-Kommission der DGG.
Vergleichswerte:	Benchmarking, teilnehmerspezifischer Bericht.
Quellenangabe:	Deutsches Institut für Gefäßmedizinische Gesundheitsforschung (DIGG), 100%ige Tochtergesellschaft der deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie.

Leistungsbereich:	Stationäre Patienten, Erhebung der Prozessqualität und Ergebnisqualität
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Qualitätssicherung Karotis Revaskularisation im Auftrag der DGG
Ergebnis:	72

Messzeitraum:	01.01.-31.12.2019
Datenerhebung:	Register m. webbasiert Erf. von Datensätzen zu Karotis Revaskularisations-Op's (konventionell chirurg. und endovaskulär). Folgeeingr. und Follow-up.
Rechenregeln:	keine
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

## 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

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Erbrachte Menge:	11
Begründung:	
Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	34
Begründung:	
Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	66
Begründung:	

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

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	11
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	14
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Kniefelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	66
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	56
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	34
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	36
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

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

### Strukturqualitätsvereinbarungen:

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

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	102
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	73
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	73

\* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	50
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Tagesklinik Geriatric
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station 6 - Schwerpunkt Kardiologie / Station 9 - Schwerpunkt Kardiologie
Schicht:	Tagschicht

Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	91,67
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	Ab 4.Quartal Station 9

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station 6 - Schwerpunkt Kardiologie / Station 9 - Schwerpunkt Kardiologie
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	Ab 4.Quartal Station 9

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 7 - Schwerpunkt Geriatrie / Unfallchirurgie
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 9 - Schwerpunkt Kardiologie/Unfallchirurgie / Station 44 Unfallchirurgie
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	75
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	Ab 4.Quartal Station 44

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 9 - Schwerpunkt Kardiologie/Unfallchirurgie / Station 44 Unfallchirurgie
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	91,67
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	Ab 4.Quartal Station 44



## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Tagesklinik Geriatric
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	99,02
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 7 - Schwerpunkt Geriatric / Unfallchirurgie
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	71,51
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 7 - Schwerpunkt Geriatric / Unfallchirurgie
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	90,41
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	76,99
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT - E1 IntensivEinheit Ebene 1
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	52,33
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	90,68
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT - E2 IntensivEinheit Ebene 2
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	98,36
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie

Station:	Station 9 - Schwerpunkt Kardiologie/Unfallchirurgie / Station 44 Unfallchirurgie
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	69,78
Erläuterungen:	Ab 4.Quartal Station 44

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 9 - Schwerpunkt Kardiologie/Unfallchirurgie / Station 44 Unfallchirurgie
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	73,63
Erläuterungen:	Ab 4.Quartal Station 44

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station 6 - Schwerpunkt Kardiologie / Station 9 - Schwerpunkt Kardiologie
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	83,28
Erläuterungen:	Ab 4.Quartal Station 9

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station 6 - Schwerpunkt Kardiologie / Station 9 - Schwerpunkt Kardiologie
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	95,89
Erläuterungen:	Ab 4.Quartal Station 9