

KMG: Klinikum Nordbrandenburg

Standort Wittstock



Strukturierter Qualitätsbericht 2023

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	8
	Einleitung	9
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	11
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	11
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	11
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	12
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	13
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	13
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	13
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	14
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	15
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	16
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	17
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	17
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	17
A-9	Anzahl der Betten	17
A-10	Gesamtfallzahlen	17
A-11	Personal des Krankenhauses	17
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	17
A-11.2	Pflegepersonal	18
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	18

A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	19
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	19
A-12.1	Qualitätsmanagement	19
A-12.1.1	Verantwortliche Person	19
A-12.1.2	Lenkungsgremium	20
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	20
A-12.2.1	Verantwortliche Person	20
A-12.2.2	Lenkungsgremium	20
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	20
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	21
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	22
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	22
A-12.3.1	Hygienepersonal	22
A-12.3.1.1	Hygienekommission	22
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	23
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	23
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	23
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	24
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	24
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	25
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	25
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	25
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	27
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	27
A-12.5.2	Verantwortliche Person	27

A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	27
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	27
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	28
A-13	Besondere apparative Ausstattung	29
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	29
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	30
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	30
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	30
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	30
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	31
B-[WKINK]	Innere Medizin Kardiologie	31
B-[WKINK].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[WKINK].1.1	Fachabteilungsschlüssel	31
B-[WKINK].1.2	Ärztliche Leitung	31
B-[WKINK].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	31
B-[WKINK].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	32
B-[WKINK].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	33
B-[WKINK].6	Hauptdiagnosen nach ICD	33
B-[WKINK].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	34
B-[WKINK].6.2	Kompetenzdiagnosen	34
B-[WKINK].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	34
B-[WKINK].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	36
B-[WKINK].7.2	Kompetenzprozeduren	36
B-[WKINK].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	37
B-[WKINK].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	37

B-[WKINK].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	37
B-[WKINK].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	37
B-[WKINK].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[WKINK].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	38
B-[WKINK].11	Personelle Ausstattung	38
B-[WKINK].11.1	Ärzte und Ärztinnen	38
B-[WKINK].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	38
B-[WKINK].11.1.2	Zusatzweiterbildung	38
B-[WKINK].11.2	Pflegepersonal	39
B-[WKINK].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	39
B-[WKINK].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	39
B-[WKINK].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	39
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[WKING]	Innere Medizin Gastroenterologie	40
B-[WKING].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	40
B-[WKING].1.1	Fachabteilungsschlüssel	40
B-[WKING].1.2	Ärztliche Leitung	40
B-[WKING].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[WKING].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[WKING].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[WKING].6	Hauptdiagnosen nach ICD	42
B-[WKING].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	43
B-[WKING].6.2	Kompetenzdiagnosen	43
B-[WKING].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-[WKING].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	45
B-[WKING].7.2	Kompetenzprozeduren	45

B-[WKING].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	46
B-[WKING].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	46
B-[WKING].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	46
B-[WKING].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	46
B-[WKING].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	46
B-[WKING].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	46
B-[WKING].11	Personelle Ausstattung	47
B-[WKING].11.1	Ärzte und Ärztinnen	47
B-[WKING].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	47
B-[WKING].11.1.2	Zusatzweiterbildung	47
B-[WKING].11.2	Pflegepersonal	48
B-[WKING].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	48
B-[WKING].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	48
B-[WKING].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	48
C	Qualitätssicherung	49
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	49
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	49
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	51
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	51
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	133
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	133
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen	133

	vergleichenden Qualitätssicherung		
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	133
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	134
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr		134
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	134
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	134
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	134
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		134
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		135
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	135
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	136

Vorwort

Drei Standorte – ein Klinikum. Unser KMG Klinikum Nordbrandenburg betreiben wir an den Standorten Kyritz, Pritzwalk und Wittstock. Für die Gesundheit unserer Patient*innen sind wir im Einzugsgebiet von Brandenburg, Berlin, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern im Einsatz.

Wir bündeln unsere Kompetenzen so, dass wir unsere Patient*innen bestmöglich medizinisch versorgen können. Was bedeutet das? Ein entscheidendes Kriterium für die Qualität einer medizinischen Behandlung ist, wie häufig Ärzt*innen und ihre Teams diese durchführen. Dadurch, dass wir bestimmte Leistungen an den einzelnen Standorten konzentrieren, stellen wir also die Behandlungsqualität sicher.

Einleitung

Drei Standorte – ein Klinikum. Wir bündeln unsere Kompetenzen so, dass wir Sie bestmöglich medizinisch versorgen können. Hier können Sie sich über das gesamte [Leistungsangebot Ihres KMG Klinikums Nordbrandenburg](#) informieren.

Das halten wir am Standort Wittstock für Sie bereit

Zwei Linksherzkatheterlabore in 24-Stunden-Bereitschaft

In der Klinik für Innere Medizin I am Standort Wittstock werden alle gängigen Verfahren der Kardiologie und insbesondere die invasive Diagnostik und Therapie kardiologischer Erkrankungen durchgeführt (Schrittmacher- und ICD-Implantationen, Elektrophysiologie). Zwei Linksherzkatheterlabore stehen bereit und gewährleisten eine durchgängige Versorgung in 24-Stunden-Bereitschaft. Unsere zertifizierte Chest Pain Unit (Brustschmerz-Abteilung) klärt potenziell lebensbedrohliche unklare Brustschmerzen in kürzester Zeit kompetent ab. Außerdem halten wir nichtinvasive und invasive Verfahren der Angiologie und Nephrologie sowie alle üblichen Maßnahmen der Intensivmedizin inklusive Beatmungs- und Nierenersatztherapie (Dialyse) vor.

Die Intensivstationen am Standort Wittstock betreuen neben kritisch kranken Patient*innen aus dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin im Einzugsbereich des Krankenhauses insbesondere Patient*innen mit akuten kardiologischen, angiologischen und nephrologischen Erkrankungen als Kompetenzzentrum für umliegende Krankenhäuser und Rettungsdienstsyste Nord-West-Brandenburgs, Sachsen-Anhalts und Mecklenburg-Vorpommerns.

Für allgemeininternistische Patient*innen

Die Klinik für Innere Medizin II versorgt allgemeininternistische Patient*innen vor allem mit gastroenterologischen, pulmonologischen, onkologischen, rheumatologischen und infektiologischen Krankheitsbildern.

Für Patient*innen und Medizinstudent*innen

Für unsere Patient*innen stehen modern und freundlich eingerichtete Zimmer zur Verfügung. Unsere Cafeteria mit Terrasse lädt Patient*innen und ihre Besucher*innen zum erholsamen Verweilen ein.

Wir erfüllen die wichtige Funktion eines Akademischen Lehrkrankenhauses der Universitätsmedizin Greifswald.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	03394 427 1000
Fax	03394 427 1002
E-Mail	F.Rohde@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stellv. Leiterin Patientenverwaltung und QM-Beauftragte
Titel, Vorname, Name	Anika Ehlers
Telefon	03394 427 1003
Fax	03394 427 1002
E-Mail	a.ehlers@kmg-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses <https://kmg-kliniken.de/akutkliniken/kmg-klinikum-nordbrandenburg/standort-wittstock>

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	http://www.kmg-kliniken.de	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH
PLZ	19336
Ort	Bad Wilsnack
Straße	Badstr.
Hausnummer	5-7
IK-Nummer	261201323
Telefon-Vorwahl	03394
Telefon	4270
E-Mail	wittstock@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	https://kmg-kliniken.de/akutkliniken/kmg-klinikum-nordbrandenburg/standort-wittstock

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Wittstock

PLZ	16909
Ort	Wittstock
Straße	Meyenburger Chaussee
Hausnummer	23
IK-Nummer	261201323
Standort-Nummer	771598000
Standort-Nummer alt	03
Standort-URL	http://www.kmg-kliniken.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Kyritz
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	f.rohde@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name	Stefan Scharnetzki
Telefon	03395 685 114
Fax	03395 685 129
E-Mail	S.Scharnetzki@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	03394 427 1001
Fax	03394 427 1002
E-Mail	F.Rohde@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor - Standort Kyritz
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fred Gätcke
Telefon	033971 64 2202
Fax	033971 64 2201
E-Mail	f.gaetcke@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395 685 292
Fax	03395 685 291
E-Mail	a.bialojan@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Volker Hitz
Telefon	03394 427 1101
Fax	03394 427 1102
E-Mail	v.hitz@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung - Standort Kyritz
Titel, Vorname, Name	Kathrin Bartel
Telefon	033971 64 2300
Fax	033971 64 1101
E-Mail	k.bartel@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung - Standort Pritzwalk
-------------------------------	--

Titel, Vorname, Name	Marko Grove
Telefon	03395 685 300
Fax	03395 685 129
E-Mail	m.grove@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung - Standort Wittstock
Titel, Vorname, Name	Iris Weise
Telefon	03394 427 1300
Fax	03394 427 1002
E-Mail	i.weise@kmg-kliniken.de

Leitung des Standorts

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Wittstock - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	03394 427 1001
Fax	03394 427 1002
E-Mail	F.Rohde@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Wittstock - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Volker Hitz
Telefon	03394 427 1100
Fax	03394 427 1102
E-Mail	v.hitz@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Wittstock - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Iris Weise
Telefon	03394 427 1300
Fax	03394 427 1002
E-Mail	i.weise@kmg-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	KMG Klinikum Nordbrandenburg
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

Name der Universität

Universitätsmedizin Greifswald

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
Wundmanagement, Angehörigenschulung
- 2 MP51 - Wundmanagement
Wundschwester
- 3 MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter
Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
- 4 MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
Hospizdienst bei Bedarf und Wunsch der Angehörigen, Palliativversorgung im Einzelzimmer
- 5 MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
über Pflegedienst, Sozialdienst, Physiotherapie
- 6 MP63 - Sozialdienst
Erstellung von Anträgen für Rehabilitationsmaßnahmen, Pflegegraden, Heimunterbringungen, Betreuungsaufgaben, Hospizanträge
- 7 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
z.B. Sozialdienst, Pflegedienst
- 8 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 9 MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
Bezugspflege / Bereichspflege, Fortführung von Leitlinien und klinischen Krankenhauspfaden in der Krankenpflege
- 10 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
Pflegeanleitung, Bewegungstraining
- 11 MP25 - Massage
- 12 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 13 MP04 - Atemgymnastik/-therapie
- 14 MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
- 15 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
- 16 MP26 - Medizinische Fußpflege
Terminvermittlung bei ortsansässiger medizinischer Fußpflege zur Behandlung im Krankenhaus
- 17 MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 18 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
- 19 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 20 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
- 21 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
- 22 MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
Rückenschule, Autogenes Training
- 23 MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
- 24 MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
- 25 MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
über ortsansässige Orthopädietechnik
- 26 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
Selbsthilfegruppe „Frauen nach Krebs“(kostenlose Bereitstellung eines Raumes)/ Selbsthilfegruppe für alkoholranke Patienten(im Rahmen der Teilnahme am Arbeitskreis Sucht)

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 27 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
- Klinikforum*

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- 1 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
- 2 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
- 3 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 4 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 5 NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
- 1 Zimmer*
- 6 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
- 7 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- 8 NM68: Abschiedsraum
- NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher,
- 9 WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
- Fernseher, WLAN, Telefon, Tresor, Aufenthaltsraum, Cafeteria*
- NM40: Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch
- 10 ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
- Empfangs- und Begleitedienst für stationäre Patienten durch angestellte Mitarbeiter*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name	Manuela Schierstedt
Telefon	03843 34 3060
Fax	03843 34 3120
E-Mail	m.schierstedt@kmg-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
- 2 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
- 3 BF23 - Allergenarme Zimmer
- 4 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 5 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- 6 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 7 BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
- 8 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
- 9 BF11 - Besondere personelle Unterstützung
- 10 BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 11 BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
- 12 BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
- 13 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
- 14 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
- 15 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 16 BF24 - Diätetische Angebote
- 17 BF25 - Dolmetscherdienst
z.B.: Englisch, Polnisch, Türkisch, Russisch, Italienisch, Arabisch, Kroatisch, Bosnisch, Indisch, Albanisch, Serbisch, Rumänisch, Mazedonisch
- 18 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
z.B.: Englisch, Polnisch, Türkisch, Russisch, Italienisch, Arabisch, Kroatisch, Bosnisch, Indisch, Albanisch, Serbisch, Rumänisch, Mazedonisch

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

1 FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildung in anderen Heilberufen

1 HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin

2 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 135

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 4357

Teilstationäre Fallzahl 0

Ambulante Fallzahl 5302

StäB. Fallzahl 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt 21,29

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 21,29 **Ohne** 0

Versorgungsform **Ambulant** 0,96 **Stationär** 20,33

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt 12,1

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 12,1 **Ohne** 0

Versorgungsform **Ambulant** 0,96 **Stationär** 11,14

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				68,85
Beschäftigungsverhältnis	Mit	67,75	Ohne	1,1
Versorgungsform	Ambulant	4	Stationär	64,85
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				15,95
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4	Stationär	11,95
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,4
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt				0,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				3,92
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,92
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt				4,06
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	4,06
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,06
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				4,06
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	4,06
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,06
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,82
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,82
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,94
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,94

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				2,44
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,44	Stationär	2

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				0,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				1,54
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,54

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				0,49
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,49

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				1,14
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,14	Stationär	1

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stellv. Leiterin Patientenverwaltung/Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Anika Ehlers
Telefon	03394 427 1003
Fax	03394 427 1002
E-Mail	A.Ehlers@kmg-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche Klinikleitung
Tagungsfrequenz des Gremiums monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
- 1 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Einführung eines softwarebasierten Dokumentenlenkungssystems (VA_Dokumentenlenkung)
Letzte Aktualisierung: 29.09.2022
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 2 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Einführung eines softwarebasierten Dokumentenlenkungssystems (VA_Dokumentenlenkung)
Letzte Aktualisierung: 29.09.2022
RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- 3 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Einführung eines softwarebasierten Dokumentenlenkungssystems (VA_Dokumentenlenkung)
Letzte Aktualisierung: 29.09.2022
RM06: Sturzprophylaxe
- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Einführung eines softwarebasierten Dokumentenlenkungssystems (VA_Dokumentenlenkung)
Letzte Aktualisierung: 29.09.2022

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Ausfall_Medizintechnik
Letzte Aktualisierung: 01.09.2023
RM04: Klinisches Notfallmanagement
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Einführung eines softwarebasierten Dokumentenlenkungssystems (VA_Dokumentenlenkung)
Letzte Aktualisierung: 29.09.2022
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Einführung eines softwarebasierten Dokumentenlenkungssystems (VA_Dokumentenlenkung)
Letzte Aktualisierung: 29.09.2022
RM18: Entlassungsmanagement
- 8 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Einführung eines softwarebasierten Dokumentenlenkungssystems (VA_Dokumentenlenkung)
Letzte Aktualisierung: 29.09.2022
- 9 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
- 10 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
- 11 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
- 12 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Qualitätszirkel

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
- 1 **Letzte Aktualisierung:** 20.09.2022
- 2 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
Frequenz: quartalsweise
- 3 IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
Frequenz: bei Bedarf

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	Einführung Qualitätsmanagement Prozessanpassung Einführung Fehlermeldesystem
--	---

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	EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)
---	--

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

Krankenhaustygenikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
----------------------	---

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
--	------

Anzahl (in Personen)	2
----------------------	---

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
--	------

Anzahl (in Personen)	1
----------------------	---

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
--	------

Anzahl (in Personen)	9
----------------------	---

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
--	----

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich
--	--------------

Kontaktinformationen des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt, Ärztlicher Direktor
-------------------------------	-------------------------------

Titel, Vorname, Name	Dr. med. Volker Hitz
----------------------	----------------------

Telefon	03394 427 1101
---------	----------------

Fax	03394 427 1102
-----	----------------

E-Mail

V.Hitz@kmg-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input type="checkbox"/> Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	<input type="checkbox"/> Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	<input type="checkbox"/> Ja
2	Steriler Kittel	<input type="checkbox"/> Ja
3	Kopfhaube	<input type="checkbox"/> Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	<input type="checkbox"/> Ja
5	Steriles Abdecktuch	<input type="checkbox"/> 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 Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input type="checkbox"/> Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input type="checkbox"/> Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	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

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 31,72

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 108,51

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
2	Name: MRE Netzwerk Ostprignitz-Ruppin
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich
4	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich

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

- CDAD-KISS
- HAND-KISS
- MRSA-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	03394 427 1001
Fax	03394 427 1002
E-Mail	F.Rohde@kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt Klinik I
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Volker Hitz
Telefon	03394 427 1101
Fax	03394 427 1102
E-Mail	v.hitz@kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Klinik II
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Fritz Ferdinand Köstermann
Telefon	03394 427 1201
Fax	03394 427 1202
E-Mail	f.koestermann@kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Iris Weise
Telefon	03394 427 1300
Fax	03394 427 1002
E-Mail	i.weise@kmg-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Wolfgang Schmidt
Telefon	03394 427 1300
Fax	03394 427 1002
E-Mail	i.weise@kmg-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Apothekerin
Titel, Vorname, Name	Ulrike Wiechmann
Telefon	03843 34 1100
Fax	03843 34 1102
E-Mail	u.wiechmann@kmg-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	3

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

- | # | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|--|
| 1 | AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 2 | AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) |
| 3 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |
| 4 | AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln |
| 5 | AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln |

Instrumente und Maßnahmen AMTS

Instrument bzw. Maßnahme

6 AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

7 AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: Erstellung von Servicetabellen durch die Apotheke

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

- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: Erstellung von Servicetabellen durch die Apotheke

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

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

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja <i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i>
2	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i>
3	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
4	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i>
5	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i> Keine Angabe erforderlich
6	AA50 - Kapselendoskop	<i>Schluckbare Videoendoskopiekapsel mit externem Recorder zur späteren Auswertung</i>

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 1

SN06: Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt

Nein

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

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

Nein

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

Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[WKINK] Innere Medizin Kardiologie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin Kardiologie

B-[WKINK].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[WKINK].1.2 Ärztliche Leitung

Leistungsart

Leistungsart	Chefarzt / Chefärztin
--------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Volker Hitz
Telefon	03394 427 1101
Fax	03394 427 1102
E-Mail	v.hitz@kmg-kliniken.de
Strasse	Meyenburger Chaussee
Hausnummer	23
PLZ	16909
Ort	Wittstock
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC05 - Schrittmachereingriffe
 - incl. CRT
- 2 VC06 - Defibrillatoreingriffe
 - incl. CRT-D
- 3 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
 - 24 h PCI-Bereitschaft
- 4 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 5 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 6 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 7 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 8 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 9 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 10 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 11 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 12 VI20 - Intensivmedizin
- 13 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 14 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 15 VI34 - Elektrophysiologie
- 16 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 17 VR02 - Native Sonographie
- 18 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 19 VR04 - Duplexsonographie
- 20 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 21 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 22 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 23 VR15 - Arteriographie
- 24 VR16 - Phlebographie
- 25 VR17 - Lymphographie
- 26 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
- 27 VR41 - Interventionelle Radiologie
- 28 VR44 - Teleradiologie
- 29 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
- 30 VU15 - Dialyse
- 31 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
- 32 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 33 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 34 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 35 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 36 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 37 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 38 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 39 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 40 VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten

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

Vollstationäre Fallzahl	3305
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[WKINK].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	403
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	261
3	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	257
4	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	211
5	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	144
6	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	138
7	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	101
8	R07.2	Präkordiale Schmerzen	100
9	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	95
10	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	89
11	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	82
12	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	73
13	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	68
14	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	66
15	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	65
16	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	64
17	I20.0	Instabile Angina pectoris	48
18	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	39
19	R55	Synkope und Kollaps	39
20	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	38
21	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	35
22	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	32
23	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	30
24	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	27
25	I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	27
26	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	25
27	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	20
28	I95.1	Orthostatische Hypotonie	20
29	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	18
30	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	18

B-[WKINK].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	575
2	I50	Herzinsuffizienz	542
3	I20	Angina pectoris	456
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	330
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	176
6	I11	Hypertensive Herzkrankheit	138
7	R07	Hals- und Brustschmerzen	109
8	I70	Atherosklerose	89
9	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	87
10	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	80
11	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	52
12	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	46
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	40
14	R55	Synkope und Kollaps	39
15	I35	Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten	33
16	I47	Paroxysmale Tachykardie	30
17	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	28
18	J20	Akute Bronchitis	26
19	I42	Kardiomyopathie	24
20	K29	Gastritis und Duodenitis	24
21	I95	Hypotonie	23
22	R00	Störungen des Herzschlages	21
23	E86	Volumenmangel	17
24	I26	Lungenembolie	16
25	N17	Akutes Nierenversagen	15
26	R42	Schwindel und Taumel	14
27	I51	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	14
28	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	10
29	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	8
30	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	7

B-[WKINK].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[WKINK].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	1053
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	946
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	685
4	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	601

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	8-83b.07	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer	547
6	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	488
7	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	381
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	368
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	348
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	314
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	309
12	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	280
13	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	246
14	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]	235
15	3-200	Native Computertomographie des Schädels	220
16	1-710	Ganzkörperplethysmographie	215
17	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	213
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	206
19	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	205
20	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	196
21	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	195
22	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	191
23	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	188
24	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	184
25	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	177
26	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	167
27	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	158
28	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	132

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	131
30	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	130

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1939
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1617
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	1106
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	953
5	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	685
6	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	601
7	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	460
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	348
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	314
10	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	280
11	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	252
12	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	247
13	3-200	Native Computertomographie des Schädels	220
14	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	215
15	1-710	Ganzkörperplethysmographie	215
16	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	201
17	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	199
18	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	197
19	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	191
20	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	158
21	9-401	Psychosoziale Interventionen	131
22	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	129
23	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	120
24	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	104
25	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	101
26	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	85
27	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	84
28	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	72
29	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	71
30	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	63

B-[WKINK].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[WKINK].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schrittmacherambulanz <i>Nachsorge von Schrittmacher/ICD Patienten</i>
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Echo- Ambulanz <i>TTE, TEE, Streßecho</i>
3	AM07 - Privatambulanz	
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

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

B-[WKINK].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	4
2	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	4
3	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	< 4
4	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
5	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	< 4
6	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	< 4
7	5-378.5f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	< 4
8	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	6
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	4
3	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
4	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 4
5	9-401	Psychosoziale Interventionen	< 4
6	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	< 4

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

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

B-[WKINK].11 Personelle Ausstattung

B-[WKINK].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	17,42	Fälle je VK/Person	195,9099
Beschäftigungsverhältnis	Mit 17,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,55	Stationär	16,87
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	9,23	Fälle je VK/Person	380,760345
Beschäftigungsverhältnis	Mit 9,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,55	Stationär	8,68

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
- 2 AQ23 - Innere Medizin
- 3 AQ24 - Innere Medizin und Angiologie

B-[WKINK].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF15 - Intensivmedizin
- 2 ZF28 - Notfallmedizin

B-[WKINK].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		39,22	Fälle je VK/Person	84,26823
Beschäftigungsverhältnis	Mit	38,12	Ohne	1,1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	39,22

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,53	Fälle je VK/Person	6235,84961
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,53

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	13220
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,42	Fälle je VK/Person	1365,70239
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,42

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

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ20 - Praxisanleitung
- 4 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 5 PQ13 - Hygienefachkraft

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

Zusatzqualifikation

- 1 ZP02 - Bobath
- 2 ZP16 - Wundmanagement

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

B-[WKING] Innere Medizin Gastroenterologie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin Gastroenterologie

B-[WKING].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[WKING].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Fritz Ferdinand Köstermann
Telefon	03394 427 1201
Fax	03394 427 1202
E-Mail	f.koestermann@kmg-kliniken.de
Strasse	Meyenburger Chaussee
Hausnummer	23
PLZ	16909
Ort	Wittstock
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
 - 2 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
 - 3 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
 - 4 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
 - 5 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
 - 6 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
 - 7 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
 - 8 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
 - 9 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
 - 10 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
 - 11 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
 - 12 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
 - 13 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
 - 14 VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
 - 15 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
 - 16 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
 - 17 VI35 - Endoskopie
 - 18 VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
 - 19 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
 - 20 VR02 - Native Sonographie
 - 21 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
 - 22 VR04 - Duplexsonographie
 - 23 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
 - 24 VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
 - 25 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
 - 26 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
 - 27 VR15 - Arteriographie
 - 28 VR16 - Phlebographie
 - 29 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
 - 30 VR44 - Teleradiologie
 - 31 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
 - 32 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
 - 33 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
 - 34 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
 - 35 VI39 - Physikalische Therapie

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

Vollstationäre Fallzahl	1052
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[WKING].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	74
2	K29.6	Sonstige Gastritis	46
3	E86	Volumenmangel	37
4	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	34
5	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	31
6	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	30
7	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	29
8	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	27
9	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	25
10	J98.7	Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert	17
11	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	16
12	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	15
13	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	14
14	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	14
15	R07.2	Präkordiale Schmerzen	13
16	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	13
17	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	13
18	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	12
19	A46	Erysipel [Wundrose]	11
20	I95.1	Orthostatische Hypotonie	11
21	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	11
22	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	11
23	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	10
24	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	9
25	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	9
26	R42	Schwindel und Taumel	8
27	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	8
28	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	8
29	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	8
30	K63.5	Polyp des Kolons	7

B-[WKING].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	82
2	K29	Gastritis und Duodenitis	74
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	72
4	J20	Akute Bronchitis	57
5	I50	Herzinsuffizienz	49
6	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	41
7	E86	Volumenmangel	37
8	D50	Eisenmangelanämie	35
9	K57	Divertikulose des Darmes	31
10	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	19
11	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	17
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	16
13	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	15
14	R07	Hals- und Brustschmerzen	15
15	K80	Cholelithiasis	14
16	I11	Hypertensive Herzkrankheit	14
17	K70	Alkoholische Leberkrankheit	14
18	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	14
19	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	13
20	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	12
21	I95	Hypotonie	12
22	N17	Akutes Nierenversagen	11
23	A46	Erysipel [Wundrose]	11
24	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	11
25	K25	Ulcus ventriculi	10
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	10
27	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	9
28	K85	Akute Pankreatitis	8
29	R42	Schwindel und Taumel	8
30	K58	Reizdarmsyndrom	7

B-[WKING].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[WKING].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	404
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	307
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	276
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	216
5	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	170
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	163
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	159
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	156
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	129
10	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	107
11	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	79
12	3-200	Native Computertomographie des Schädels	63
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	61
14	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	52
15	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	52
16	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	47
17	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	44
18	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	38
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	38
20	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	35
21	8-148.0	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum	33
22	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	30
23	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	29
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	27
25	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	23
26	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	22
27	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	22
28	1-710	Ganzkörperplethysmographie	22
29	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	22
30	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	19

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	613
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	404
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	322
4	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	281
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	216
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	215
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	163
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	112
9	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	90
10	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	83
11	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	72
12	3-200	Native Computertomographie des Schädels	63
13	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	55
14	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	52
15	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	47
16	5-469	Andere Operationen am Darm	47
17	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	45
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	38
19	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	33
20	5-449	Andere Operationen am Magen	23
21	9-401	Psychosoziale Interventionen	22
22	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	22
23	1-710	Ganzkörperplethysmographie	22
24	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	19
25	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	19
26	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	18
27	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	18
28	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	18
29	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	18
30	8-390	Lagerungsbehandlung	17

B-[WKING].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[WKING].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Röntgendiagnostik <i>Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulante Gastroskopien
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulante Koloskopien <i>Präventiv und kurativ</i>
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Problemfälle mit chron. entzündlichen Darmerkrankungen und Tumoren im gastrointestinalen Bereich
5	AM07 - Privatambulanz	
6	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
7	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulante Gastroskopien	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	Ambulante Koloskopien Problemfälle mit chron. entzündlichen Darmerkrankungen und Tumoren im gastrointestinalen Bereich	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
3	Röntgendiagnostik	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
4		VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

B-[WKING].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

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

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

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

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

B-[WKING].11 Personelle Ausstattung

B-[WKING].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		3,87	Fälle je VK/Person	304,046234
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,41	Stationär	3,46
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		2,87	Fälle je VK/Person	427,642273
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,41	Stationär	2,46

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ23 - Innere Medizin
 - 2 AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[WKING].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF28 - Notfallmedizin
 - 2 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
 - 3 ZF30 - Palliativmedizin
 - 4 ZF15 - Intensivmedizin

B-[WKING].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		13,68	Fälle je VK/Person	76,90058
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,68

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,87	Fälle je VK/Person	1209,19543
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,87

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	701,3333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	1195,45459
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88

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

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ20 - Praxisanleitung
- 4 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 5 PQ13 - Hygienefachkraft

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

Zusatzqualifikation

- 1 ZP02 - Bobath
- 2 ZP16 - Wundmanagement

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	162
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	162
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	30
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	30
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	38
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	38
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	20
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	20
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	41
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	19
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur	
Fallzahl	66
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	248
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	242
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	59
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	307
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	286
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	25
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
KEP - Knieendoprothesenversorgung	

Fallzahl	251
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	241
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	12
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	1456
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	1455
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	265
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	133
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,19 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	133
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,06 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	127
Beobachtete Ereignisse	127

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu

dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich bundesweit	97,84 - 98,27
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,92 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	121

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

(bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,79 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	116
Beobachtete Ereignisse	116

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

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als

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

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 1,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	9,60
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung

geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 1,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	8,46

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

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,13

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

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	11,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,95 - 17,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	15

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

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	11,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,02 - 18,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	14

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,09 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	128
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich bundesweit	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,79 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	116
Beobachtete Ereignisse	116

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

Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

52009

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,05

Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 1,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4343
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	29,57
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 0,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4343
Beobachtete Ereignisse	16

16. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller

Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4343
Beobachtete Ereignisse	4

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem.

NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem.

EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4343
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .

Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4343
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

<p>Art des Wertes Bezug zum Verfahren</p>	<p>Herzrhythmusstörungen QI DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	
<p>Bundesergebnis Vertrauensbereich bundesweit Rechnerisches Ergebnis Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>0,64 0,61 - 0,68 0,50 0,14 - 1,64</p>

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle</p>

mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kran-kenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,01
Vertrauensbereich bundesweit	96,88 - 97,13
Rechnerisches Ergebnis	96,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,02 - 98,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	106
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als

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

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	3,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,58 - 16,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	1,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 5,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID

132002

Leistungsbereich

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

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,26
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,76 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,34
Vertrauensbereich bundesweit	94,83 - 95,79
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	151800
	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen

Leistungsbereich	eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,32
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,32 - 0,71
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,71
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	2,93
Vertrauensbereich bundesweit	2,80 - 3,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	0,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 0,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht</p>

das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Einheit	%
Bundesergebnis	96,45
Vertrauensbereich bundesweit	96,38 - 96,52
Rechnerisches Ergebnis	97,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,57 - 98,30
Fallzahl	
Grundgesamtheit	581
Beobachtete Ereignisse	565
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,89

Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 2,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,82
Fallzahl	

Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,47
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>

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

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	5,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,88 - 16,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,30 - 97,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID

121800

Leistungsbereich

HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit

%

Bundesergebnis

0,88

Vertrauensbereich bundesweit

0,70 - 1,10

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 27,75

Fallzahl

Grundgesamtheit 10

Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich Nicht definiert

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N02

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,58 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,44

Fallzahl

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

44. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID

56003

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten,

Fachlicher Hinweis IQTIG

dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	79,67
Vertrauensbereich bundesweit	79,20 - 80,13
Rechnerisches Ergebnis	84,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,87 - 92,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	38
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 73,47 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,70 - 2,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,57 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56005
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	1,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,50 - 1,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	831
Beobachtete Ereignisse	2020220
Erwartete Ereignisse	1283989,21

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

56006

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,84 - 1,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	531459
Erwartete Ereignisse	532860,01
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,18 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56007
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist

aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,20 - 1,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	551
Beobachtete Ereignisse	2549872
Erwartete Ereignisse	2022807,83

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt**Ergebnis-ID****56008**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikatoren und Kenn-zahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 0,14 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56012
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,31 - 1,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1379
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	6,22
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,01
Vertrauensbereich bundesweit	94,79 - 95,23
Rechnerisches Ergebnis	98,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,14 - 99,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	65
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,19 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56018
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 2,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	745
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	5,58
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,03 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **56020**

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

Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 0,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56022
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 1,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

1,13

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 1,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	35
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

56101

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,49 - 1,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle

Ergebnis-ID	56102
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,96 - 97,00
Fallzahl	

Grundgesamtheit 67

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

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

Ergebnis-ID

56103

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,89
Rechnerisches Ergebnis	86,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,90 - 90,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	123
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Referenzbereich	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	85,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,77 - 87,64

Fallzahl

Grundgesamtheit 123

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur

Referenzbereich	Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten	
Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:
Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der

Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	79,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,66 - 81,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	123
-----------------	-----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,75
Rechnerisches Ergebnis	71,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,45 - 74,61

Fallzahl

Grundgesamtheit 105

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
 Qualitätsbericht

R10
 eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

Ergebnis-ID

56107

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qj-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	84,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,21 - 91,25

Fallzahl

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

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen

Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,81
Rechnerisches Ergebnis	71,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	66,40 - 76,61

Fallzahl

Grundgesamtheit	105
-----------------	-----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr S99

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Ergebnis-ID

56109

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der

	Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,84
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,84
Rechnerisches Ergebnis	87,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,64 - 91,13
Fallzahl	
Grundgesamtheit	105
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Referenzbereich	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	83,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,61 - 90,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
66. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung	
Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	78,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,06 - 81,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	123
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Referenzbereich	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
67. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente	
Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,62
Vertrauensbereich bundesweit	0,62 - 0,62
Rechnerisches Ergebnis	54,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	48,41 - 60,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	42
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
-----------------	---

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
---------------------------------------	-----

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

68. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

Ergebnis-ID	56113
--------------------	--------------

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
------------------	---

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

Bezug zum Verfahren	DeQS
---------------------	------

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,49
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	59,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	41,34 - 77,36

Fallzahl

Grundgesamtheit 14

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

Ergebnis-ID 56114

Leistungsbereich PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	96,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,47 - 100,00

Fallzahl

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

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,78
Rechnerisches Ergebnis	80,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,13 - 86,55

Fallzahl

Grundgesamtheit 123

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur

Referenzbereich	Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
71. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde	
Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qj-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der</p>

Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	94,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,15 - 98,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	123
-----------------	-----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,83 - 1,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	105
-----------------	-----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

56118

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des

Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 1,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	35
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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 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

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

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

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	16
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	13

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		25 %
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 7
		91,67 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 1
		75 %
3	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 01 - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 3
4	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 01 - Nachtschicht	100 %
		8,33 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 02 - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 10

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		0 %
6	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 03 - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 12
		41,67 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 03 - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 7
8	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station IMC - Tagschicht	100 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station IMC - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	37,53 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	76,16 %
3	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 01 - Tagschicht	55,07 %
4	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 01 - Nachtschicht	93,97 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 02 - Tagschicht	24,11 %
6	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 02 - Nachtschicht	36,16 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 03 - Tagschicht	17,81 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 03 - Nachtschicht	34,52 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station IMC - Tagschicht	94,77 %
10	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station IMC - Nachtschicht	97,81 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein