

# KMG: Klinikum Nordbrandenburg Standort Wittstock



## Strukturierter Qualitätsbericht 2024

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



## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort .....	8
	Einleitung .....	10
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	12
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	12
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts .....	12
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	13
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	14
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	14
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	15
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	16
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	16
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....	16
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit .....	17
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	18
A-8.1	Forschung und akademische Lehre .....	18
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen .....	18
A-9	Anzahl der Betten .....	18
A-10	Gesamtfallzahlen .....	18
A-11	Personal des Krankenhauses .....	18
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	18
A-11.2	Pflegepersonal .....	19
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	19
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal .....	20

A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	21
A-12.1	Qualitätsmanagement .....	21
A-12.1.1	Verantwortliche Person .....	21
A-12.1.2	Lenkungsgremium .....	21
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	21
A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	21
A-12.2.2	Lenkungsgremium .....	21
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen .....	22
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems .....	23
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	23
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	24
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	24
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	24
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	25
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	25
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie .....	26
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	26
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	27
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	27
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	28
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	29
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....	30
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium .....	30
A-12.5.2	Verantwortliche Person .....	30
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal .....	30

A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen .....	31
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt .....	32
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	32
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung ..... des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	33
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe .....	33
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung .....	33
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....	33
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß ..... § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	33
B	Struktur- und Leistungsdaten der ..... Organisationseinheiten/Fachabteilungen	34
B-[WKINK]	Innere Medizin Kardiologie .....	34
B-[WKINK].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	34
B-[WKINK].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	34
B-[WKINK].1.2	Ärztliche Leitung .....	34
B-[WKINK].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	34
B-[WKINK].3	Medizinische Leistungsangebote der ..... Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[WKINK].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	36
B-[WKINK].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	36
B-[WKINK].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	37
B-[WKINK].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	37
B-[WKINK].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	37
B-[WKINK].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	39
B-[WKINK].7.2	Kompetenzprozeduren .....	39
B-[WKINK].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	40
B-[WKINK].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	40
B-[WKINK].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	40

B-[WKINK].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	40
B-[WKINK].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	41
B-[WKINK].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	41
B-[WKINK].11	Personelle Ausstattung .....	41
B-[WKINK].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	41
B-[WKINK].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	41
B-[WKINK].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	41
B-[WKINK].11.2	Pflegepersonal .....	42
B-[WKINK].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	43
B-[WKINK].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	43
B-[WKINK].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	43
B-[WKINK].11.3.1	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	43
B-[WKING]	Innere Medizin Gastroenterologie .....	44
B-[WKING].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	44
B-[WKING].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	44
B-[WKING].1.2	Ärztliche Leitung .....	44
B-[WKING].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	44
B-[WKING].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	45
B-[WKING].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	45
B-[WKING].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	46
B-[WKING].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	47
B-[WKING].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	47
B-[WKING].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	48
B-[WKING].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	49
B-[WKING].7.2	Kompetenzprozeduren .....	49
B-[WKING].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	50

B-[WKING].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	50
B-[WKING].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	50
B-[WKING].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	50
B-[WKING].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	50
B-[WKING].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	50
B-[WKING].11	Personelle Ausstattung .....	51
B-[WKING].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	51
B-[WKING].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	51
B-[WKING].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	51
B-[WKING].11.2	Pflegepersonal .....	52
B-[WKING].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	53
B-[WKING].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	53
B-[WKING].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	53
C	Qualitätssicherung .....	54
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	54
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	54
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	56
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....	56
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	106
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	106
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	106
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - .....	106

	Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	106
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	106
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	107
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	107
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	107
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	108
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	108
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	108
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	109
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	109
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	110

## Vorwort

Die Medizin hat sich in den vergangenen 10 Jahren rasant weiterentwickelt und neue Versorgungsmöglichkeiten geschaffen, die sich in kürzeren Verweildauern in Krankenhäusern oder auch darin zeigen, dass viele medizinische Leistungen, die früher stationär erbracht werden mussten, heute ambulant durchgeführt werden können. Das führt zwangsläufig zu einer strukturellen Veränderung der Krankenhäuser.

Im vergangenen Jahr wurde die Krankenhausreform auf den Weg gebracht, die seit dem 1. Januar 2025 in Kraft getreten ist und nun nach und nach umgesetzt wird.

Im Sommer 2025 wurde darüber hinaus ein Referentenentwurf zum Krankenhaus-Anpassungsgesetz (KHAG) vorgelegt, den die neue Bundesregierung zum Nachjustieren des KHVVG auf den Weg bringen möchte.

Das KMG Klinikum Nordbrandenburg mit seinen drei Standorten Kyritz, Pritzwalk und Wittstock muss insbesondere vor dem Hintergrund der Krankenhausreform neu strukturiert werden mit der Folge, dass der Standort Wittstock schließen wird.

Betroffen von den Umstrukturierungsmaßnahmen ist dabei das gesamte KMG Klinikum Nordbrandenburg. Wir müssen jetzt handeln, damit das KMG Klinikum Nordbrandenburg in seiner Gesamtheit als bedeutsames und modernes Krankenhaus erhalten werden kann, in dem auch zukünftig Medizin auf hohem Qualitätsniveau angeboten werden kann, und in dem weiterhin Entwicklungsperspektiven geboten werden.

### Standort Wittstock

Mit lediglich zwei Fachabteilungen aus dem Bereich der Inneren Medizin, nämlich der Kardiologie und der Gastroenterologie, hat der Standort Wittstock keine Zukunft mehr.

Klar ist aber auch, dass die Leistungen, die bislang am Standort Wittstock erbracht werden, unverzichtbar für die Menschen in der Region sind. Gemeinsam mit dem Land Brandenburg und den Krankenkassen haben wir uns daher angeschaut, wie diese beiden Fachabteilungen und damit die dahinterstehenden Leistungen für die Menschen in der Region gesichert werden können. Dies soll dadurch geschehen, dass sie innerhalb des KMG Klinikums Nordbrandenburg erhalten bleiben und an den Standort Pritzwalk verlegt werden sollen.

Dadurch entsteht in Pritzwalk ein Krankenhaus, das bestens aufgestellt ist, um langfristig die Versorgung der Menschen in der Region auf hohem Niveau sicherzustellen.

Gleichzeitig arbeiten wir daran, ein gutes medizinisches Ersatzangebot für Wittstock zu etablieren. Jedoch ist das nicht möglich ohne das Mitwirken aller Verantwortlichen einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigung, die den Versorgungsbedarf für eine Region beurteilt.

### Standort Kyritz

Der Standort Kyritz benötigt ab dem 1. Januar 2027 eine geriatrische Klinik, um das breit aufgestellte und hoch spezialisierte Leistungsangebot auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie aufrecht erhalten zu können. Ohne den Umzug der Geriatrie von Pritzwalk nach Kyritz würde dort sukzessive ein Großteil dessen, was wir dort in den vergangenen Jahrzehnten aufgebaut haben, verloren gehen und Patient\*innen würden hochspezialisierte Versorgungsmöglichkeiten verlieren.

Hintergrund ist, dass der vom Gesetzgeber beauftragte Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als höchstes Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen festgelegt hat, dass ab 2027 ältere Patient\*innen mit einem Oberschenkelhalsbruch nur noch in Krankenhäusern versorgt werden sollen, die „täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung gewährleisten“.

Wenn wir bis dahin in Kyritz keine Geriatrie haben, kann dies nicht nur dazu führen, dass diese Patient\*innen nicht mehr behandelt werden könnten, sondern auch dazu, dass aufgrund sinkender Fallzahlen etwa die Zertifizierung des Endoprothetikzentrums der Maximalversorgung nicht aufrechterhalten werden kann oder Weiterbildungsbefugnisse eingeschränkt werden könnten.



Die Ansiedelung der Geriatrie in Kyritz ist sinnvoll und erhöht sowohl die Behandlungsqualität als auch die Patientensicherheit. Denn die Klinik für Geriatrie ist auf die Behandlung älterer Patientinnen und Patienten spezialisiert. Gerade ältere Menschen kommen häufig mit Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, Osteoporose oder Demenz ins Krankenhaus. Die Behandlung dieser Krankheiten muss fortgesetzt werden, damit es zu keiner Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands kommt.

## **Standort Pritzwalk**

Mit dem Umzug der Kardiologie und der Gastroenterologie von Wittstock nach Pritzwalk kann Pritzwalk den Status als Sicherstellungshaus und als Lokales Traumazentrum ebenso behalten wie die hochentwickelte Gefäßmedizin. So kann Pritzwalk als Krankenhausstandort insgesamt weiter bestehen und sich positiv weiterentwickeln. Zum Hintergrund: Die Leistungen eines Krankenhauses werden zukünftig in Leistungsgruppen eingeteilt. Um eine Leistungsgruppe für eine bestimmte Fachdisziplin zu erhalten, müssen zahlreiche Voraussetzungen und Bedingungen erfüllt werden, die die Standorte, wie sie heute bestehen, vielfach nicht mehr erfüllen würden.

## **Welche Vorteile ergeben sich dadurch, dass kardiologische und gastroenterologische Patient\*innen zukünftig in Pritzwalk mit seinem breiter aufgestellten Versorgungsangebot behandelt werden?**

Bislang ist bei komplexen Fällen, die der Mitbehandlung durch einen anderen – zum Beispiel chirurgischen – Fachbereich bedürfen, eine Verlegung zwischen den Standorten Wittstock und Pritzwalk notwendig. Nun verkürzen sich die Wege, was in Notfällen mit schnellem Handlungsbedarf Leben retten kann und darüber hinaus mit mehr Patientenkomfort verbunden ist, weil die Behandlung an EINEM Ort durchgeführt werden kann.

Darüber hinaus eröffnet die Möglichkeit einer schnellen und übergreifenden Versorgung vor Ort ohne Transporte allen Bereichen die Möglichkeit, ihr Behandlungsspektrum zu erweitern. Es könnten dadurch mehr Patient\*innen behandelt werden, weil zukünftig auch komplexere Erkrankungen wohnortnah medizinisch versorgt werden können, für die Patient\*innen zurzeit noch größere Wege auf sich nehmen müssen.

Ohne Anschluss an eine umfassende Radiologie und auch ohne weitere Versorgungsmöglichkeiten durch fachübergreifende Kooperationen würden die Kardiologie und die Gastroenterologie in ihrer heutigen Form den Anschluss an die medizinische Entwicklung verlieren. Dadurch würden sie zunehmend uninteressant für den medizinischen Nachwuchs werden und die ärztliche Versorgung könnte mittelfristig nicht sichergestellt werden. Das hat nichts mit der Qualität der Arbeit der Kolleg\*innen in Wittstock zu tun. Sowohl in Wittstock als auch in Pritzwalk wird hervorragende medizinische Qualität geboten.

Durch die Etablierung an einem Krankenhaus mit umfassenden fachübergreifenden Optionen zur Kooperation werden die Kardiologie und die Gastroenterologie weiterentwickelt. Somit entsteht in Pritzwalk ein Krankenhaus mit modernsten Versorgungsmöglichkeiten, die wir heute in dieser Form in der Region nicht haben. Und es entstehen attraktive Arbeitsplätze, die den Menschen eine langfristige Perspektive geben.

## 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 Rettungsdienste 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	Christoph Hentschel
Telefon	03394 427 1000
Fax	03394 427 1002
E-Mail	c.hentschel@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	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>	

## 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	<a href="https://kmg-kliniken.de/akutkliniken/kmg-klinikum-nordbrandenburg/standort-wittstock">https://kmg-kliniken.de/akutkliniken/kmg-klinikum-nordbrandenburg/standort-wittstock</a>

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

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

### Leitung des Krankenhauses

#### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Geschäftsführer - Standort Kyritz

Mike Grebarsche

033971 64 1102

033971 64 1101

f.rohde@kmg-kliniken.de

#### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Geschäftsführer - Standort Pritzwalk

Christoph Hentschel

03395 685 114

03395 685 129

S.Scharnetzki@kmg-kliniken.de

#### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Geschäftsführer - Standort Wittstock

Christoph Hentschel

03394 427 1001

03394 427 1002

F.Rohde@kmg-kliniken.de

#### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Ärztlicher Direktor - Standort Kyritz

Dr. med. Fred Gätcke

033971 64 2202

033971 64 2201

f.gaetcke@kmg-kliniken.de

#### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Ärztliche Direktorin - Standort Pritzwalk

Dr. med. Anne-Grit Bialojan

03395 685 292

03395 685 291

a.bialojan@kmg-kliniken.de

#### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Ärztlicher Direktor - Standort Wittstock

Dr. med. Volker Hitz

03394 427 1101

03394 427 1102

v.hitz@kmg-kliniken.de

#### Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Pflegedienstleitung - Standort Kyritz

Kathrin Bartel

033971 64 2300

033971 64 1101

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	Christoph Hentschel
Telefon	03394 427 1001
Fax	03394 427 1002
E-Mail	C.Hentschel@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-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 Krankenhauspfeifen 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 alkoholkrankte 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 Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch
  - 10 ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen  
*Empfangs- und Begleitsdienst 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
- BF25 - Dolmetscherdienst
- 17 z.B.: Englisch, Polnisch, Türkisch, Russisch, Italienisch, Arabisch, Kroatisch, Bosnisch, Indisch, Albanisch, Serbisch, Rumänisch, Mazedonisch
- BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
- 18 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

3 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 135

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 4197

Teilstationäre Fallzahl 0

Ambulante Fallzahl 5083

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				22,41
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	22,41	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,95	<b>Stationär</b>	21,46
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt				11,15
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,15	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,95	<b>Stationär</b>	10,2

## A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt				68,84
Beschäftigungsverhältnis	Mit	67,5	Ohne	1,34
Versorgungsform	Ambulant	4	Stationär	64,84

#### Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				16,19
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4	Stationär	12,19

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				1,41
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,41

### Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				2,92
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,92

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				5,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,21

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt				0,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,74

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				3,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,47

#### Ohne Fachabteilungszuordnung

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

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

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				3,44
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,44	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,44	<b>Stationär</b>	3

### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				0,8
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,8	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,8

### SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				1,54
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,54	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,54

### SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				0,49
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,49	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,49

### SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				1,14
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,14	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,14	<b>Stationär</b>	1

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

Gesamt				6,17
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,17	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	6,17

## 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  
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 einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

#### Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 1 IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  
**Letzte Aktualisierung:** 18.07.2025
- 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

#### Krankenhaushygienikerinnen 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) 10

#### A-12.3.1.1 Hygienekommission

#### Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

#### Kontaktdaten 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	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
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) 20,41

##### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs  
auf allen Intensivstationen Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen  
Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 134

##### 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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ). Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte	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
- 2 nosokomialen Infektionen
- Name:** MRE Netzwerk Ostprignitz-Ruppin
- HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
- 3 **Frequenz:** jährlich
- HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
- 4 **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
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	Christoph Hentschel
Telefon	03394 427 1001
Fax	03394 427 1002
E-Mail	c.hentschel@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	Besetzung der Position in Bearbeitung
Titel, Vorname, Name	n.N. n.N.
Telefon	03394 427 0
Fax	03394 427 1002
E-Mail	Wittstock@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 Präparatenamen), 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  |
| 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 Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

### **Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Präventions- und Interventionsmaßnahmen  
vorgesehen? Ja

### **Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor**

Auswahl Ja

### **Schutzkonzepte**

- # Schutzkonzept
- 1 SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
- 2 SK03: Aufklärung
- 3 SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
- 4 SK07: Sonstiges (Prävention)

## **A-13 Besondere apparative Ausstattung**

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja
2	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja
3	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
4	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
5	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Keine Angabe erforderlich
6	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich



## 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

###### Leitungsart

Leitungsart	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	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

#### 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	3124
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	306
2	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	267
3	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	219
4	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	214
5	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	135
6	R07.2	Präkordiale Schmerzen	105
7	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	92
8	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	89
9	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	85
10	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	79
11	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	74
12	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	65
13	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	61
14	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	50
15	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	47
16	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	43
17	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	42
18	R55	Synkope und Kollaps	41
19	I20.0	Instabile Angina pectoris	38
20	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	38
21	I95.1	Orthostatische Hypotonie	38
22	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	37
23	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	30
24	K29.6	Sonstige Gastritis	29
25	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	27
26	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	27
27	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	26
28	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	24
29	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	24
30	R42	Schwindel und Taumel	23

**B-[WKINK].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	617
2	I50	Herzinsuffizienz	449
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	331
4	I20	Angina pectoris	310
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	132
6	I11	Hypertensive Herzkrankheit	120
7	R07	Hals- und Brustschmerzen	120
8	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	66
9	I70	Atherosklerose	59
10	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	56
11	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	55
12	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	54
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	51
14	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	50
15	I95	Hypotonie	46
16	I35	Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten	43
17	R55	Synkope und Kollaps	41
18	I47	Paroxysmale Tachykardie	40
19	I42	Kardiomyopathie	39
20	K29	Gastritis und Duodenitis	32
21	R42	Schwindel und Taumel	23
22	I26	Lungenembolie	21
23	N17	Akutes Nierenversagen	21
24	R00	Störungen des Herzschlages	21
25	J20	Akute Bronchitis	20
26	I34	Nicht rheumatische Mitralklappenkrankheiten	12
27	E86	Volumenmangel	12
28	R06	Störungen der Atmung	11
29	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	11
30	A41	Sonstige Sepsis	10

**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	808
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	803
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	775
4	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	663

#	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	629
6	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	446
7	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	392
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	375
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	366
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	302
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	236
12	1-710	Ganzkörperplethysmographie	234
13	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]	224
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	223
15	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	211
16	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	206
17	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	199
18	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	192
19	3-200	Native Computertomographie des Schädels	186
20	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	169
21	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	166
22	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	163
23	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	156
24	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	152
25	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	148
26	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	132
27	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	126
28	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	119
29	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	105
30	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	100

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1378
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	822
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	775
4	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	663
5	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	410
6	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	366
7	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	276
8	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	217
9	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	214
10	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	200
11	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	161
12	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	156
13	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	103
14	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	80
15	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	77
16	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	77
17	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	75
18	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	54
19	1-650	Diagnostische Koloskopie	53
20	8-854	Hämodialyse	51
21	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	39
22	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	34
23	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	34
24	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	30
25	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	28
26	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	26
27	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	26
28	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	15
29	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	15
30	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	14

**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
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)	<i>Nachsorge von Schrittmacher/ICD Patienten</i>
2	AM07 - Privatambulanz	Echo- Ambulanz
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>TTE, TEE, Streßecho</i>
4	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	9
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	4
3	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
4	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	< 4
5	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	< 4
6	5-378.5c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	< 4
7	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	< 4
8	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	< 4
9	5-378.55	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	< 4



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	14
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	4
3	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	< 4
4	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 4
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	< 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	18,62	Fälle je VK/Person	172,883224
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 18,62	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,55	<b>Stationär</b>	18,07
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>			
Gesamt	8,73	Fälle je VK/Person	381,907074
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 8,73	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0,55	<b>Stationär</b>	8,18

### 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		39,53	Fälle je VK/Person	79,02859
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	38,19	<b>Ohne</b>	1,34
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	39,53

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		1,05	Fälle je VK/Person	2975,23828
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,05	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,05

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

Gesamt		2,17	Fälle je VK/Person	1439,63135
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,17	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,17

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Gesamt		3,88	Fälle je VK/Person	805,1546
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,88	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,88

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		1,54	Fälle je VK/Person	2028,57153
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,54	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,54

#### 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	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### 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	1073
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	90
2	K29.6	Sonstige Gastritis	60
3	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	57
4	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	33
5	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	31
6	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	30
7	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	29
8	E86	Volumenmangel	27
9	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	21
10	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	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	R55	Synkope und Kollaps	14
15	I95.1	Orthostatische Hypotonie	12
16	J98.7	Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert	12
17	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	11
18	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	11
19	A46	Erysipel [Wundrose]	10
20	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	9
21	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	9
22	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	9
23	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	9
24	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	8
25	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	8
26	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	8
27	K20.8	Sonstige näher bezeichnete Ösophagitis	8
28	R18	Aszites	8
29	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	8
30	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	7

**B-[WKING].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	98
2	K29	Gastritis und Duodenitis	88
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	80
4	J20	Akute Bronchitis	62
5	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	40
6	I50	Herzinsuffizienz	38
7	D50	Eisenmangelanämie	32
8	E86	Volumenmangel	27
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	21
10	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	17
11	K57	Divertikulose des Darmes	16
12	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	16
13	K70	Alkoholische Leberkrankheit	15
14	K85	Akute Pankreatitis	15
15	I95	Hypotonie	14
16	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	14
17	R55	Synkope und Kollaps	14
18	K80	Cholelithiasis	14
19	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	14
20	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	11
21	A46	Erysipel [Wundrose]	10
22	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	9
23	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9
24	D01	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	9
25	N17	Akutes Nierenversagen	9
26	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	9
27	I11	Hypertensive Herzkrankheit	8
28	I26	Lungenembolie	8
29	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	8
30	K20	Ösophagitis	8

**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	482
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	336
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	331
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	221
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	198
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	187
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	148
8	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	148
9	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	128
10	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	108
11	3-200	Native Computertomographie des Schädels	97
12	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	71
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	61
14	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	48
15	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	38
16	1-710	Ganzkörperplethysmographie	37
17	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	37
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	37
19	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	36
20	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	33
21	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	32
22	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	31
23	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	29
24	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	28
25	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	28
26	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	27
27	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	26
28	8-148.0	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum	26
29	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	25
30	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	24



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	355
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	343
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	212
4	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	79
5	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	73
6	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	56
7	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	45
8	5-469	Andere Operationen am Darm	42
9	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	35
10	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	32
11	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	25
12	5-449	Andere Operationen am Magen	17
13	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	11
14	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	9
15	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	8
16	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	8
17	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	7
18	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	7
19	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	5
20	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	5
21	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	4
22	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4
23	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	4
24	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	4
25	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	4
26	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	4
27	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	4
28	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	< 4
29	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
30	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	< 4

**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	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
3	Problemfälle mit chron. entzündlichen Darmerkrankungen und Tumoren im gastrointestinalen Bereich	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
4	Röntgendiagnostik	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		3,79	Fälle je VK/Person	316,519165
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,79	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,4	<b>Stationär</b>	3,39

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,42	Fälle je VK/Person	531,1881
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,42	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,4	<b>Stationär</b>	2,02

#### 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		13,12	Fälle je VK/Person	81,78354
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	13,12	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	13,12

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,36	Fälle je VK/Person	2980,55542
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,36	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,36

### Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	1430,66663
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,75

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,33	Fälle je VK/Person	806,7669
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,33	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,33

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		0,74	Fälle je VK/Person	1450
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,74	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,74

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,53	Fälle je VK/Person	2024,52844
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,53	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,53

### 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	114
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	114
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

##### 09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	34
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	34
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

##### 09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	49
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	49
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

##### 09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	17
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	17
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

Fallzahl	13
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	13
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

##### 10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	44
Dokumentationsrate	100

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

#### **15/1 - Gynäkologische Operationen**

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

#### **17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung**

Fallzahl	52
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **CHE - Cholezystektomie**

Fallzahl	186
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **DEK - Dekubitusprophylaxe**

Fallzahl	297
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	58
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **HEP - Hüftendoprothesenversorgung**

Fallzahl	296
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **HEP\_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation**

Fallzahl	284
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **HEP\_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel**

Fallzahl	16
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **KEP - Knieendoprothesenversorgung**

Fallzahl	304
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **KEP\_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation**

Fallzahl	291
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **KEP\_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel**

Fallzahl	13
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **PCI\_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)**

Fallzahl	1285
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	1283
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

## **C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52009</b>
Leistungsbereich	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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 1,23
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4186
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	25,11
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**2. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52326</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 0,53
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4186
Beobachtete Ereignisse	13

**3. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521801</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 0,34
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4186
Beobachtete Ereignisse	7

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

**Ergebnis-ID** **521800**

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,09
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4186
Beobachtete Ereignisse	0

**5. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,09

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	4186
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

**6. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt****Ergebnis-ID****141800**

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
------------------	---

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

**7. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)****Ergebnis-ID****131801**

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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 1,70
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,12 (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. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52316</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239- 254. ISBN: 978-3794527267.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	98,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,36 - 99,33
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	149
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>9. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131802</b>

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,27

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

**10. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)****Ergebnis-ID****52325**

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit</p>

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

Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,94
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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



## 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,36
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,43
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**12. 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)**

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	2,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,70 - 7,27
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**13. 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
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> 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.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41

Rechnerisches Ergebnis	14,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,51 - 36,54
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132003</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64
Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Rechnerisches Ergebnis	90,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	62,26 - 98,38

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	10
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>151800</b>
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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten	

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,63
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 22,81

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	13
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

**16. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)****Ergebnis-ID****52324**

Leistungsbereich HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

**17. 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

Art des Wertes	Herzrhythmusstörungen
Bezug zum Verfahren	QI
	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,76
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,73
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,79

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>111801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,15
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54143</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,77
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>



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

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,54
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	6,86
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,30 (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. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-

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

Einheit	%
Bundesergebnis	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	98,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,58 - 99,19
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	418
Beobachtete Ereignisse	411
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
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 Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,26
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52311</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>

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

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,24
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,66
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,43 (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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51191</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende</p>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 5,20
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**25. 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)**

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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 1,55
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	156
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	6,92
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,54 (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 aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID

2195

Leistungsbereich

HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines  
Herzschrittmachers

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,27
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	156
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,59
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>102001</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
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 Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>121800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6



Beobachtete Ereignisse 0

#### **Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

### **29. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers**

#### **Ergebnis-ID**

**52315**

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

#### **Fallzahl**

Grundgesamtheit Datenschutz  
 Beobachtete Ereignisse Datenschutz  
 Erwartete Ereignisse Datenschutz

#### **Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

### **30. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 60,96
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,00 (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 einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56003</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Rechnerisches Ergebnis	87,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,71 - 95,77
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	29
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 32. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56004</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%

Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,28
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 33. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56008</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 34. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56014</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Rechnerisches Ergebnis	92,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,15 - 97,95
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	39
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

**Ergebnis-ID**

**56100**

Leistungsbereich

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

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,09

Vertrauensbereich bundesweit

1,03 - 1,17

Rechnerisches Ergebnis

0,91

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,43 - 1,75

**Fallzahl**

Grundgesamtheit

35

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

**36. 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)**

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

Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 1,26
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	73
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56103</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5</p>



Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	89,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,97 - 91,90
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	122
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### **38. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56104</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	84,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,79 - 86,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	122
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### **39. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56105</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	83,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,90 - 84,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	122
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56106</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	79,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,46 - 81,97
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	108
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**41. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56107</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	82,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,64 - 89,92
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	94
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56108</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	74,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	69,64 - 79,53

Fallzahl

Grundgesamtheit	108
-----------------	-----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

43. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Rechnerisches Ergebnis	83,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,57 - 87,77
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	108
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

**Ergebnis-ID** 56110

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Rechnerisches Ergebnis	94,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,36 - 98,51
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	23
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99



Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### **45. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

79,82

Vertrauensbereich bundesweit

79,64 - 80,01

Rechnerisches Ergebnis

79,06

Vertrauensbereich Krankenhaus

75,59 - 82,44

**Fallzahl**

Grundgesamtheit

122

## Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

## 46. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56112</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85

Rechnerisches Ergebnis	58,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,82 - 64,17

#### Fallzahl

Grundgesamtheit	37
-----------------	----

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

#### Ergebnis-ID 56113

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

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

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

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

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

das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Rechnerisches Ergebnis	44,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	22,76 - 66,61

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 8

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

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

**Ergebnis-ID****56114**

Leistungsbereich

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

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Rechnerisches Ergebnis	90,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,82 - 99,27
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	15
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56115</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen

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

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Rechnerisches Ergebnis	86,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,42 - 91,33
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	122
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**50. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56116</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	90
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,92 - 94,76
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	122
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 1,18
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	108
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**52. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56118</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine



## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 0,97
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	35
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

### **C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)**

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.  
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

## 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	16
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	10
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	10

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad 25 %
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 9 83,33 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 2
3	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 01 - Tagschicht	91,67 %
4	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 01 - Nachtschicht	100 % 50 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 02 - Tagschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 6 50 %
6	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 02 - Nachtschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 6 41,67 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 03 - Tagschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 5 58,33 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 03 - Nachtschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 5
9	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station IMC - Tagschicht	100 %
10	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station IMC - Nachtschicht	100 %

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	36,07 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	74,59 %
3	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 01 - Tagschicht	63,66 %
4	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 01 - Nachtschicht	93,72 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 02 - Tagschicht	48,63 %
6	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 02 - Nachtschicht	45,08 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 03 - Tagschicht	48,91 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station 03 - Nachtschicht	45,9 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station IMC - Tagschicht	100 %
10	Innere Medizin, Kardiologie - WK Station IMC - Nachtschicht	99,63 %

## 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 Anhaltzahlen 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