Strukturierter Qualitätsbericht
Klinikum Gütersloh
Berichtsjahr 2021

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	3
	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	19
A-9	Anzahl der Betten	21
A-10	Gesamtfallzahlen	21
A-11	Personal des Krankenhauses	22
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	27
A-13	Besondere apparative Ausstattung	42
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	45
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	46
B-[0300]	Klinik für Innere Medizin I: Kardiologie und Intensivmedizin	47
B-[3752]	Klinik für Innere Medizin II: Palliativmedizin	56
B-[0500]	Klinik für Innere Medizin II: Klinik für Hämatologie und Onkologie	63
B-[0100]	Klinik für Innere Medizin II	71
B-[0700]	Klinik für Innere Medizin II: Gastroenterologie	81
B-[0800]	Klinik für Innere Medizin III: Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin	90
B-[1600]	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie, Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie	100
B-[1500]	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- u. minimalinvasive Chirurgie	121
B-[2400]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	131

B-[2200]	Klinik für Urologie	142
B-[1800]	Klinik für Gefäßchirurgie	154
B-[2600]	Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	164
B-[3600]	Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	171
B-[3751]	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Magnetresonanztomographie	177
B-[3300]	Klinik für Radioonkologie und Nuklearmedizin	194
C	Qualitätssicherung	199
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	199
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	334
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	334
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	334
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	337
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	338
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	338
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	339

Vorwort

Seit 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, in Qualitätsberichten über ihre Arbeit zu informieren. Qualitätsberichte geben einen Überblick über die Strukturen und Leistungen der Krankenhäuser. Zum Beispiel enthalten sie Angaben zum Diagnose- und Behandlungsspektrum, zur Häufigkeit einer Behandlung, zur Personalausstattung und Anzahl der Komplikationen sowie zur Barrierefreiheit. Der G-BA legt im Auftrag des Gesetzgebers fest, welche Informationen Qualitätsberichte enthalten und wie sie gegliedert und bereitgestellt werden müssen (§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V).
Die Angaben in den Qualitätsberichten lassen sich nutzen, um Krankenhäuser zu vergleichen und das passende auszuwählen. Mithilfe von Krankenhaus-Suchmaschinen – zum Beispiel auf den Internetseiten der gesetzlichen Krankenkassen – kann man Klinken gezielt nach bestimmten Informationen auswählen und miteinander vergleichen.
Die Qualitätsberichte werden von den Krankenhäusern in Form von maschinenverwertbaren XML-Daten übermittelt. XML ist eine spezielle Computersprache, die normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen werden, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (zum Beispiel sogenannten Kliniksuchmaschinen) genutzt werden kann.
Daher hat der G-BA die XML-Daten für alle Krankenhäuser in gleicher Weise als "Referenzbericht" in einem PDF-Dokument aufbereitet und stellt diesen zum Download zur Verfügung. Dadurch stehen die Daten aus den Qualitätsberichten auch als Fließtext zur Verfügung.
Quelle: https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsdaten/qualitaetsbericht/?

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.
Angesichts der COVID-19-Pandemie konnten nicht alle ausgewiesenen Leistungsangebote ganzjährig 2021 angeboten werden.
Die Klinikum Gütersloh gGmbH ist ein regionales Schwerpunktkrankenhaus und mit 410 Betten das größte Akut-Krankenhaus im Kreis Gütersloh. Rund 1.100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versorgen hier jährlich etwa 20.000 stationäre und 35.000 ambulante Patienten - mit steigender Tendenz.
Moderne und nach aktuellen Standards zertifizierte Hochleistungsmedizin und menschliche Zuwendung geben unseren Patienten und Angehörigen das Gefühl sicher aufgehoben zu sein.
Die individuelle optimale medizinische und pflegerische Versorgung unserer Patienten von der Vorsorge bis hin zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge steht für uns im Mittelpunkt. Qualität ist für uns nicht nur theoretischer Anspruch, sie bildet die Grundlage unseres Handelns.
Qualitätsverbesserung in Struktur, Prozess und Ergebnis ist somit ständige Aufgabe aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies bestätigt auch die erfolgreiche Re-Zertifizierung nach KTQ im Herbst 2021. Die Abkürzung des Qualitätssiegels KTQ steht für "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen".
Unabhängig von der Zertifizierung des gesamten Krankenhauses wurden weitere Zentren, wie das Darmkrebs Zentrum, das Prostatakarzinom Zentrum und das Gynäkologisches Krebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert, sowie das Kooperative Brustzentrum durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe, das Wundmanagement durch das ICW-Wundsiegel, das Gefäßzentrum durch die DGG, die Chest Pain Unit durch die DGK und das regionale Traumazentrum nach den Anforderungen der DGU. Seit Sommer 2014 ist das Klinikum Gütersloh als erste Einrichtung in Ostwestfalen-Lippe als Onkologisches Zentrum nach den hohen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert worden. Das Siegel der Deutschen Krebsgesellschaft bestätigt die hervorragende Qualität des Kompetenzzentrums in der Behandlung von Patienten mit einer Krebserkrankung.
Wir verstehen diesen strukturierten Qualitätsbericht als einen wichtigen Baustein zur Erhöhung der Transparenz unserer Leistungen und gleichzeitig als Kommunikationsinstrument mit unseren Patientinnen und Patienten sowie den niedergelassenen Ärzten.
Weitergehende Informationen finden Sie auf unserer Internetseite (www.klinikum-guetersloh.de).
Maud Beste

Geschäftsführerin
PD Dr. Matthias Kapischke
Ärztlicher Direktor
Andrea Eickhoff
Pflegedirektorin

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement-Koordinatorin
Titel, Vorname, Name	Dipl. Pflegewirtin Monika Ossig
Telefon	05241 8325114
Fax	05241 8329003
E-Mail	monika.ossig@klinikum-guetersloh.de
Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Dipl. Ökonomin Maud Beste
Telefon	05241 8329002
Fax	05241 8329003
E-Mail	maud.beste@klinikum-guetersloh.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.klinikum-guetersloh.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	https://www.klinikum-guetersloh.de/ueber-uns/qualitaetsmanagement/qualitaetsberichte/

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/onkologisches-zentrum/	Informationen über die fachübergreifende Zusammenarbeit der Spezialisten bei der Behandlung der Krebspatienten in unserem Hause und darüber hinaus.
2	https://www.klinikum-guetersloh.de/medizinische-zentren/viszeralonkologisches-zentrum/diagnose-darmkrebs-darmkrebs-zentrum/	Informationen über das Viszeralonkologische Zentrum, welches sowohl ein Pankreaskrebs Zentrum als auch ein zertifiziertes Darmkrebs Zentrum umfasst.

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
3	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/onkologisches-zentrum/gynaekologisches-krebszentrum/	Informationen über unser von der OnkoZert zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum. Neben der Behandlung von gynäkologischen Krebsarten finden Sie auch Hinweise zur Vorsorge.
4	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/onkologisches-zentrum/kooperatives-brustzentrum/	Informationen über die Behandlung von Brustkrebserkrankungen im Zentrum, sowie aktuelle Informationsveranstaltungen. Nähere Informationen erhalten Sie in der tgl. Brustsprechstunde.
5	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/onkologisches-zentrum/prostatakarzinom-zentrum/	Informationen über unsere Ansprechpartner und die weitere Behandlung nach der Diagnose Prostatakrebs. Das Prostatazentrum ist bereits seit 2009 von der DKG zertifiziert.
6	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/medizinisches-versorgungszentrum/	Informationen über unsere Leistungen in unserem Medizinischen Versorgungszentrum.
7	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/endoprothetikzentrum/	Informationen über die Versorgung von Patienten mit einer Hüftendoprothetik, Knieendoprothetik und Schulterendoprothetik und weiteren Informationsmaterialien.
8	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/orthopaedie-und-unfallchirurgie/medizinisches-spektrum/sportmedizinisches-zentrum/	Informationen über die Behandlung oder präventivem Verhalten zur Vorbeugung von Sportverletzungen, aber auch die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten bietet unser Sportmedizinisches Zentrum.
9	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/aerztehaeuser/	Informationen über die niedergelassenen Ärzte, der Apotheke, dem Gesundheitsstudio, einem Institut für Ernährungsmedizin dem BAD Gütersloh und einem Zentrum für Schlafmedizin.
10	https://www.klinikum-guetersloh.de/medizinische-zentren/traumazentrum/	Um eine schnelle und optimale Versorgung des Patienten zu gewährleisten, hat sich das Klinikum Gütersloh dem TraumaNetzwerk Ostwestfalen-Lippe angeschlossen, einem der ersten Netzwerke bundesweit.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Klinikum Gütersloh
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
Straße	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
IK-Nummer	260570113
Standort-Nummer	771179000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	05241
Telefon	8300
E-Mail	info@klinikum-guetersloh.de
Krankenhaus-URL	http://www.klinikum-guetersloh.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und minimalinvasive Chirurgie
Titel, Vorname, Name	PD Dr. Matthias Kapischke
Telefon	05241 8323201
Fax	05241 8323203
E-Mail	Matthias.Kapischke@klinikum-guetersloh.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Andrea Eickhoff
Telefon	05241 8325100
Fax	05241 8325103
E-Mail	Andrea.Eickhoff@klinikum-guetersloh.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufm. Direktor

Titel, Vorname, Name	Andreas Tyzak
Telefon	05241 8329100
Fax	05241 8329003
E-Mail	Andreas.Tyzak@klinikum-guetersloh.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Klinikum Gütersloh gemeinnützige GmbH
Träger-Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP36 - Säuglingspflegekurse *Rund um das Thema Elternschule finden bei uns zahlreiche Informationsveranstaltungen und Kurse statt. Beispiel sind die Veranstaltungen zum Thema; Baby-Ernährung, Entwicklung und Schlaf*
2	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik *Rücken- und Haltungsschulungen als Einzelschulungen für den Patienten werden durch die Physikalische Therapie angeboten.*
3	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst *Eine enge psychoonkologische Betreuung findet in Anbindung an die Klinik für Hämatologie und Onkologie im interdisziplinären psychosozial-onkologischen Team statt und steht den onkologischen und nicht-onkologischen Patienten aller Fachabteilungen zur Verfügung.*
4	MP37 - Schmerztherapie/-management *Ein Konzept zur Behandlung tumorbedingter Schmerzen entsprechend dem Expertenstandard für die Pflege ist etabliert. Ein hausweites Konzept zur Behandlung von postoperativen, akuten sowie chronischen Schmerzen inkl. Schmerzvisite, Schmerzkatheter und dem Einsatz einer Pain-Nurse ist umgesetzt.*
5	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung *(In-)Kontinenzberatung wird in den Kliniken für Urologie und Frauenheilkunde angeboten. Zudem wird ein Kontinenztraining in der Physiotherapie angeboten.*
6	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung *Diätassistentinnen erfassen werktäglich die Menüwünsche unserer Patienten und stellen so eine kompetente Beratung sicher. Neben der täglichen Menüabfrage sind sie auch für die Ernährungs- und Diätberatung (z.B. zu Lebensmitteln,...) verantwortlich.*
7	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie *Ziele: Optimierung der körperlichen Leistungsfähigkeit und individuellen Lebensqualität, Schmerzverminderung bzw. Schmerzfreiheit, Schulung des Bewegungsverhaltens, Förderung der eigenen Körperwahrnehmung, Wiedereingliederung der Patienten in Anforderungen des Alltags und des Berufslebens*
8	MP53 - Aromapflege/-therapie *Mehrere Mitarbeiterinnen in der Pflege wurden und werden kontinuierlich hierzu geschult und wenden ihr Wissen in der Praxis an. Um für Entspannung zu sorgen, werden ätherische Öle oder auch Duftlampen eingesetzt.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
9	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen *Das Klinikum arbeitet eng mit verschiedenen Selbsthilfegruppen zusammen. Darüber hinaus vermittelt der Sozialdienst, sowie die Bürgerinformationsstelle (BIGS) Informationen und Kontakte zu Selbsthilfegruppen.*
10	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik *Bei Bedarf werden die Patienten individuell dazu angeleitet.*
11	MP45 - Stomatherapie/-beratung *Für die Beratung und Anleitung unserer Patienten steht unsere Stomatherapeutin zur Verfügung.*
12	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie *Externe Dienstleistung auf Anforderung*
13	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen *Dazu zählen u.a. das Angebot einer Wassergeburt, sowie verschiedene Geburtspositionen mit dem Gebärhocker oder Seil bei Bedarf. Um die Frauen zu entspannen und die Schmerzen zu lindern werden zahlreiche Techniken eingesetzt:Die Aromatherapie, Schüßler Salze, die Akupunktur und Elektrostimulation.*
14	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen *Wärme- u. Kälteanwendungen werden durch die Physikalische Therapie angeboten.*
15	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie *Umfasst folgende Inhalte: Atemtherapie, Haltungs- und Rückenschule, Mobilisierung und Wahrnehmungsförderung nach Bobath, Hilfsmittelberatung, manuelle Therapie, Lymphdrainagen, Wärmetherapie, Mobilisation und Gangschule, Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation, ...*
16	MP21 - Kinästhetik *Unsere Mitarbeiter im Pflegedienst erhalten regelmäßig das Angebot von hausinternen Schulungen (u.a. im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements).*
17	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik *Zusammen mit externen Partnern können wir eine umfassende Versorgung gewährleisten.*
18	MP43 - Stillberatung *Wir verstehen uns als Babyfreundliches Krankenhaus und sind seitens der WHO und UNICEF danach zertifiziert. Daher ist die Stillberatung und Schulung eine der Kernkompetenzen in der Geburtsabteilung. Es finden regelmäßig Stillvorbereitungskurse statt.*
19	MP25 - Massage *Massage wird von der Physikalischen Therapie angeboten.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
20	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege *Im Rahmen des Entlassmanagements besteht eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Pflegeeinrichtungen/amb. Pflegedienste oder Kurzzeitpflege*
21	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege *Auf den Stationen werden unsere Patienten im Rahmen der Bezugspflege betreut. Ein Casemanagement ist im Alterstraumazentrum etabliert.*
22	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) *Bobath-Therapie wird von der Physikalischen Therapie angeboten.*
23	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden *Die Palliativstation betreut Patienten, bei denen eine ursächlich gegen die Krankheit gerichtete Behandlung nicht mehr möglich ist. Die Schmerztherapie spielt dabei eine zentrale Rolle. Zudem kooperiert das Klinikum mit dem Palliativnetz Gütersloh und mit dem Hospiz- und Palliativ-Verein Gütersloh*
24	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen *Zwei Diabetologinnen versorgen unsere Patienten.*
25	MP04 - Atemgymnastik/-therapie *Atemgymnastik und -therapie werden durch Atmungstherapeuten (DGP) angeboten.*
26	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare *Dies erfolgt durch den behandelnden Arzt sowie durch den Sozialdienst. Die Aufnahme und Verpflegung von Begleitpersonen ist möglich.*
27	MP06 - Basale Stimulation *Findet Anwendung im Rahmen der Betreuung von intensivpflichtigen Patienten sowie der Betreuung von Schlaganfallpatienten.*
28	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern *Regelmäßig können Sie sich in einer Reihe von Gesprächsabenden über alles Wissenswerte bezüglich Schwangerschaft, Geburt, Stillen und Versorgung des Neugeborenen informieren. Babymassagekurs. Elterncafé.*
29	MP24 - Manuelle Lymphdrainage *Manuelle Lymphdrainage wird von der Physikalischen Therapie angeboten.*
30	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung *Beratung durch den Sozialdienst des Klinikums*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
31	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse *Zur Prävention des plötzlichen Kindstodes wurde das Konzept "Sicherer Babyschlaf" mit entsprechenden Informationsangeboten sowie einem Babyschlafsack ausgegeben. Zudem finden im Rahmen §20 Rückenfit- und Yogakurse statt.*
32	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie *Bewegungstherapie wird von der Physikalischen Therapie angeboten.*
33	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege *Ein Konzept zum Entlassmanagement ist etabliert. Es stellt ein berufsgruppenübergreifendes, strukturiertes Vorgehen unter Einbezug des Sozialdienstes, der Pflegeüberleitung und niedergelassener Ärzte sowie nachsorgender Institutionen sicher.*
34	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen *Ärztinnen und Ärzte des Klinikums bieten sowohl innerhalb des Klinikums bzw. des Kooperativen Brustzentrums als auch in Zusammenarbeit z.B. mit der Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfe (BIGS) Informationsveranstaltungen an.*
35	MP51 - Wundmanagement *Das Wundmanagement ist berufsgruppenübergreifend mit einem Arzt und fünf Pflegefachkräften besetzt; Die Wundexperten sind speziell fortgebildet und können konsiliarisch angefordert werden. Auch ambulante Dienstleistungen sind möglich. Das Wundmanagement ist mit den ICW-Siegel zertifiziert.*
36	MP02 - Akupunktur *Um Schmerzen während und vor der Geburt zu lindern und Entspannung herbei zu führen wird die Akupunktur in unserem Kreissaal eingesetzt.*
37	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot *Pflegevisiten, Breast Care Nurse, Onkologische Fachpflege, Palliativmed. Fachpflege, Fachpflege Intensiv und Anästhesie, OP, Endoskopie, Wundmanagement, Pain nurses, Sturzprävention, Kinästhetik, demenzsensibles Krankenhaus, Demenzcafé, Demenzkoordinator, Atemtherapeuten, Aromatherapie*
38	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik *Unsere Hebammen bieten zahlreiche Geburtsvorbereitungskurse an.*
39	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit *Seit 2011 finden mehrmals jährlich zu unterschiedlichen medizinischen Fragestellungen Vorträge für die interessierte Öffentlichkeit statt ('Gesund in GT').*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
40	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien *Unsere Kurse bieten ein großes Spektrum, wie zum Beispiel 'Elterngeld und Elternzeit' . Alle Informationsveranstaltungen und Kurse rum um das Thema Eltern, Baby und Familie ist in unserer Informationsbroschüre 'Elternschule' zusammen gestellt.*
41	MP54 - Asthmaschulung *Asthmaschulungen als auch erweiterte atmungstherapeutische Schulungen für Patienten und Angehörige werden durch unsere Atmungstherapeuten (DGP) erbracht.*
42	MP63 - Sozialdienst *Drei Sozialarbeiterinnen stehen für Beratung, Begleitung, Intervention und Unterstützung zur Verfügung (z.B. zu häuslicher Versorgung, stationärer Pflege / Kurzzeitpflege / Tagespflege / betreutem Wohnen, sozialrechtlichen Fragestellungen, sozialer Integration, ...)*
43	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie *Neben dem Angebot der Aromatherapie und sensibilisierenden Waschungen wird in dem Kreissaal auch die Elektrostimulation zur Entspannung eingesetzt. Yoga wird angeboten.*
44	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
45	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie *In der Frauenklinik bieten derzeit zwei Ärztinnen Leistungen im Bereich Naturheilverfahren und Homöopahtie an.*
46	MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik *In der Geburtshilfe bei Neugeborenen*
47	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining *In unserem Projekt „Altenpflege auf der Intensivstation“ beschäftigen sich examinierte Altenpflegekräfte mit unseren Patienten. Ziel ist es durch kognitives Training und Reorientierende Maßnahmen ein Delir zu vermeiden.*

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM07: Rooming-in *Damit Sie schon im Krankenhaus möglichst viel Zeit mit ihrem Baby verbringen können, bleiben Mutter und Kind beim so genannten 24h-Rooming-in bei Tag und bei Nacht zusammen.* https://klinikum-guetersloh.de/kliniken/frauenheilkunde-und-geburtshilfe/geburtshilfe/wochenstation/
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	NM02: Ein-Bett-Zimmer
4	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen *Wir bieten in regelmäßigen Abständen medizinische Vorträge an ('Gesund in GT'). Bitte achten Sie auf die Aushänge, Flyer und Presseankündigungen.* https://klinikum-guetersloh.de/ueber-uns/veranstaltungen/gesund-in-gt/
5	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung *Evangelische und katholische Seelsorger/innen sind im Haus tätig.* https://klinikum-guetersloh.de/patienten-und-besucher/service-und-unterstuetzung/seelsorge/
6	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen *Die ehrenamtlich tätigen sog. "Grünen Damen" besuchen Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus besuchen geschulte Ehrenamtliche an Demenz erkrankte Patienten.*
7	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen *Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Information und Kontakt über den Sozialdienst sowie durch die Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle (BIGS) in der Stadtbibliothek Gütersloh.*
8	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen *Unsere Diätassistentinnen berücksichtigen bei der täglichen Beratung Ihre individuellen Wünsche und/oder Unverträglichkeiten.*
9	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

#	Leistungsangebot
10	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) *Unserer Patientenbroschüre können Patienten alle wichtigen Informationen zu ihrem Aufenthalt entnehmen (z.B. Bibliothek, Fernsehen, Internet, Krankenhausservice, Patientenfürsprecher etc.)* *https://klinikum-guetersloh.de/fileadmin/04_ueber_uns/07_aktuelles/Patientenbroschuere_Klinikum_Guetersloh_2020.pdf*
11	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
12	NM68: Abschiedsraum *In einem Abschiedsraum kann jederzeit von nahen Verwandten, Bekannten und Freunden Abschied genommen werden.*
13	NM05: Mutter-Kind-Zimmer *Familienzimmer werden angeboten.*
14	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) *Bei medizinisch und/oder kognitiv eingeschränkten Personen und/oder anderen begründeten Fällen besteht die Möglichkeit zur Unterbringung von Begleitpersonen im Klinikum.*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Werkstatt
Titel, Vorname, Name	Bernd Fuchs
Telefon	05241 83 29 234
Fax	05241 83 29243
E-Mail	bernd.fuchs@klinikum-guetersloh.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
2	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
3	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen *Neben einem Leitsystem in den Außenanlagen, kann jederzeit personelle Unterstützung angefordert werden.*
4	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift *Bis auf zwei Ausnahmen sind alle Aufzüge im Haus mit den entsprechenden Vorrichtungen ausgestattet.*
5	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
6	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
7	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
8	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
9	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
10	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung *Demenzcoach, Demenzkoodinator, Nachtcafé für die Fürsorge und Beschäftigung von Demenz-Patienten, Begleitung von Delir gefährdeten Personen durch ex. Altenpflegekräfte*
11	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)

#	Aspekte der Barrierefreiheit
12	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
13	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
14	BF24 - Diätetische Angebote
15	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
16	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
17	BF11 - Besondere personelle Unterstützung *Demenzkoordinator*
18	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
19	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
20	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
21	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
22	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen *unter anderem Kontaktmatten (SafeBed / SafeFloor)*
23	BF23 - Allergenarme Zimmer *Allergiker Bettwäsche möglich*
24	BF36 - Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten
25	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
26	BF38 - Kommunikationshilfen
27	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
28	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten *Allogene Stammzelltransplantation mit der WWU; Klinik Pneumologie: Zusammenarbeit mit der UK Mannheim bzgl. des internat. Studiengangs Public Health; Zusammenarbeit mit der UK Heidelberg bzgl. Projekten der interstitiellen Lungenerkr.; Koop. mit dem CTCR UK Münster; Projekte i.Z.m. der Uni Toronto*
2	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) *Das Klinikum Gütersloh ist Lehrkrankenhaus der med. Fakultät der WWU Münster. Auch Studierende anderer Universitäten können ihr PJ oder eine Famulatur absolvieren, sowohl in der Inneren Med., als auch in der Chirurgie, sowie in der Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie/Intensivmedizin und Radiologie*
3	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien *Frauenklinik: Studien der AGO; Kardiologie:Teilnahme an Multicenterstudien; Innere Medizin II: Multizentrischen Phase-III-Studien zur Behandlung hämatologischer Neoplasien; Pneumologie: Multicenterstudien Phase III/IV; Registerstudien Radiologie: Verschiedenen Multicenterstudien*
4	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten *Prof. Dr. von Bierbrauer: Apl-Prof. Universität Marburg inkl. Lehrauftrag;PD Dr. Grau, MA; Lehrauftrag WWU Münster;Prof. Dr. Massenkeil (RUB);Prof. Dr. Er (UK Köln; WWU Münster),PD Dr. Kapischke (AMS, Uni Lübeck);Prof. Dr. Buerke, MHBA, Professur(WWU Münster);PD Dr. Horstmann(Universitätsmed. Essen)*
5	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien *Kardiologie: Prof. Dr. Er; Anästhesiologie: PD Dr. Grau; Prof. Dr. Buerke*
6	FL09 - Doktorandenbetreuung *Prof. Dr. A. von Bierbrauer: Betreuung von Doktoranden in Zusammenarbeit mit der Universität Marburg; Kardiologie: Prof. Dr. Er (Uniklinik Köln,Uni Münster);PD Dr. Kapischke (AMS,Uni Lübeck);PD Dr. Grau (Uni Bochum,Uni Münster);Prof. Dr. Buerke (WWU Münster);PD Dr. Horstmann (Universitätsmed. Essen)*
7	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien *In der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax u. minimalinvasive Chirurgie*
8	FL02 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen *Fliedner Fachhochschule (Dr. Krause-Bergmann und PD. Dr. Horstmann)*

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin *In Kooperation mit der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen (ZAB-Gütersloh)*
2	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) *Das Klinikum Gütersloh ist Gesellschafter der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen gGmbH (ZAB); im Rahmen der Kooperation mit der ZAB absolvieren Auszubildende zur/ zum Operationstechnischen AssistentIn Ihre fachpraktischen Einsätze im Pflege- und Funktionsdienst des Klinikum Gütersloh*
3	HB18 - Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre) *In Kooperation mit dem Studieninstitut Bielefeld, den Johanniter Münster und der Feuerwehr- und Rettungsdienstakademie Bocholt, absolvieren die NotfallsanitäterInnen und -sanitäter einen Teil der praktischen Ausbildung im Klinikum Gütersloh.*
4	HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) *In Kooperation mit Bielefeld*
5	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner *Das Klinikum Gütersloh ist Gesellschafter der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen gGmbH (ZAB); im Rahmen der Kooperation mit der ZAB absolvieren Auszubildende zur/ zum Gesundheits- und KrankenpflegerIn Ihre fachpraktischen Einsätze im Pflege- und Funktionsdienst.Das Klinikum Gütersloh*

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	410

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	17382
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	30863
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	146,98
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	146,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,66
Personal in der ambulanten Versorgung	25,05
Personal in der stationären Versorgung	121,93
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	83,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	82,43
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,66
Personal in der ambulanten Versorgung	10,03
Personal in der stationären Versorgung	73,06

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	2

A-11.2 Pflegepersonal

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	306,88	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	302,5	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,38	0
Personal in der ambulanten Versorgung	6,03	0
Personal in der stationären Versorgung	300,85	0

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	6,98	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,98	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	6,98	0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	4,28	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,28	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	4,28	0

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	2,5	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	2,5	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	18,98	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,98	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	18,98	0

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	4,56	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,56	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	4,56	0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	9,49	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,49	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	9,49	0

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	6,64	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,64	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	6,64	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	21,49	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,49	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	21,49	0

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personalqualifikation	SP04 - Diätassistentin und Diätassistent
Anzahl (in Vollkräften)	4,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,24
Personalqualifikation	SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister
Anzahl (in Vollkräften)	0,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,73
Personalqualifikation	SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	6,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,12
Personal in der stationären Versorgung	5,09
Personalqualifikation	SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe
Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Personalqualifikation	SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter
Anzahl (in Vollkräften)	2,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,9
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,75
Personal in der stationären Versorgung	2,15

Personalqualifikation	SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement
Anzahl (in Vollkräften)	3,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,45
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,03
Personal in der stationären Versorgung	2,42
Personalqualifikation	SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater
Anzahl (in Vollkräften)	0,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,75
Personalqualifikation	SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)
Anzahl (in Vollkräften)	18,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	7,36
Personal in der stationären Versorgung	11,52
Personalqualifikation	SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)
Anzahl (in Vollkräften)	11,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,57
Personal in der stationären Versorgung	8,58

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Diplompflegewirtin Monika Ossig
Telefon	05241 83 29003
Fax	05241 8329003
E-Mail	monika.ossig@klinikum-guetersloh.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	Betriebsleitung inkl. Beteiligung QM
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
1	RM06: Sturzprophylaxe **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Sturzprophylaxe **Letzte Aktualisierung:** 27.06.2022
2	RM05: Schmerzmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Schmerzmanagement Klinikum Gütersloh **Letzte Aktualisierung:** 04.06.2021
3	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Fixierungsmaßnahmen **Letzte Aktualisierung:** 18.06.2021
4	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Dekubitusprophylaxe **Letzte Aktualisierung:** 18.06.2021
5	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
6	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Dienstanweisung Medizinprodukte **Letzte Aktualisierung:** 20.12.2017
7	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
8	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
9	RM03: Mitarbeiterbefragungen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
10	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagement-Konzept **Letzte Aktualisierung:** 10.04.2021
11	RM04: Klinisches Notfallmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Medizinischer Notfall **Letzte Aktualisierung:** 21.06.2022
12	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagement-Konzept **Letzte Aktualisierung:** 10.04.2021
13	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagement-Konzept **Letzte Aktualisierung:** 10.04.2021
14	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Aufgaben im Aufwachraum und Einarbeitungsleitfaden ÄD Intensivstation **Letzte Aktualisierung:** 10.04.2021
15	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Eingriffsverwechslung **Letzte Aktualisierung:** 27.03.2019
16	RM18: Entlassungsmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Entlassmanagement **Letzte Aktualisierung:** 15.06.2021
17	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☑ Qualitätszirkel
- ☑ Tumorkonferenzen
- ☑ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☑ Palliativbesprechungen
- ☑ Pathologiebesprechungen
- ☑ Andere: Ethische Fallbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor **Letzte Aktualisierung:** 30.06.2021
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen **Frequenz:** bei Bedarf
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	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Prozesse wurden umgestellt, Patientensicherheitsarmbänder, Team Time Out, Umstellung von Medikamenten (Look a Like Problematik), Anschaffung von gleichen Infusiomaten etc.

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, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	EF06: CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
3	EF01: CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
4	EF04: CIRS-Palliativ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
5	EF14: CIRS Health Care

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
6	EF17: DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Im Klinikum Gütersloh ist eine Ärztin für Krankenhaushygiene und ABS-Expertin angestellt. Eine externe Ärztin für Bakteriologie und Antibiotika-Therapie (ABS-Expertin) steht zusätzlich in beratender Funktion zu Verfügung. Sie nimmt regelhaft auch an den klinikinternen Hygienekommissionssitzungen und ABS-Sitzungen und ABS-Visiten teil

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	9

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	3
Erläuterungen	Sowie 1 weitere Gesundheits- und Krankenpflegerin. Fachweiterbildung in Planung

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	18

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie. Infektiologie, Schlafmedizin, Internistische Intensivmedizin, Notfallmedizin, Angiologie und Labormedizin, Leiter der Hygienekommission
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med Axel von Bierbrauer zu Brennstein
Telefon	05241 83 24702
Fax	05241 83 24703

E-Mail	Axel.vonBierbrauer@klinikum-guetersloh.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Unser Klinikum verfügt über einen verbindlichen Hygieneplan für den gesamten Klinikbereich. Er ist nach dem neusten Stand der Wissenschaft erstellt und wird regelmäßig ergänzt und überarbeitet.

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja

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

Auswahl	Ja

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

Auswahl	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl	Ja

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe 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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
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)	33

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	144

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl	Ja

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

Eine Erfassung und Bewertung von multiresistenten Erregern sowie von Mensch zu Mensch übertragbaren Infektionserkrankungen findet zeitnah statt, um evtl. Übertragungen und/oder Ausbrüche möglichst zu vermeiden.

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen *Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen: -Hand-KISS*
2	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) **Teilnahme ASH:** Zertifikat Bronze *Teilnahme seit Gründung der Aktion.*
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten *Reinigungs-Desinfektionsgeräte und Sterilisatoren, die zur Aufbereitung von Medizinprodukten, z.B. Operationsinstrumente, Endoskope usw. im Einsatz sind, werden zusätzl. zur tägl. routinemäßigen Überprüfung jährlich gewartet. Durch ein externes Hygienelabor wird danach eine Validierung durchgeführt.*
4	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen *Hygieneschulungen finden für alle Mitarbeiter regelmäßig und bereichsbezogen statt.*

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

☑ HAND-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 https://www.klinikum-guetersloh.de/patienten-und-besucher/anregungen-und-kritik/ *Information zum Kontakt und die Bearbeitung einer Meinung*
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja *Die bestehende Verfahrensanweisung wird einmal jährlich auf ihre Aktualität etc. überprüft.*
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja *Alle mit Namen versehenen Meinungsbögen und die mündlichen Meldungen erhalten in dem festgelegten Zeitraum eine schriftliche Rückmeldung.*
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja *Alle mit Namen versehenen Meinungsbögen und die mündlichen Meldungen erhalten in dem festgelegten Zeitraum eine schriftliche Rückmeldung.*
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja *Alle Beschwerden werden innerhalb von einer Woche bearbeitet. Beschwerden mit Recherche Bedarf werden innerhalb von maximal drei Wochen bearbeitet.*
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja *siehe Ansprechperson*
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja *Die Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle des Kreises Gütersloh (BiGS) stellt den Patientenfürsprecher für das Klinikum Gütersloh.*

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja https://www.kreis-guetersloh.de/themen/gesundheit/bigs-gesundheit-selbsthilfe/weitere-aktivitaeten-der-bigs/
9	Patientenbefragungen	Ja *Seit 2016 werden kontinuierlich alle Patienten zu ihrem Aufenthalt befragt. Unsere Onkologischen Patienten erhalten im Nachgang zu ihrem Aufenthalt eine Befragung zugesandt.*
10	Einweiserbefragungen	Ja http://www.klinikum-guetersloh.de *Alle drei bis vier Jahre findet eine Einweiserbefragung in Zusammenarbeit mit einem externen Befragungsinstitut statt. Eine Einweiserbefragung hat im Herbst 2021 stattgefunden.*

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Beschwerdemanagement
Titel, Vorname, Name	Danielle Bohm
Telefon	05241 83 29003
Fax	05241 8329003
E-Mail	danielle.bohm@klinikum-guetersloh.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	BIGS Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle des Kreises Gütersloh
Telefon	05241 85 4000
E-Mail	bigs@kreis-guetersloh.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	AMTS-Managerin, stellvertretende Apothekenleitung
Titel, Vorname, Name	Katrin Jähner
Telefon	05241 83 29212
Fax	05241 83 29213
E-Mail	katrin.jaehner@klinikum-guetersloh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	7
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	6
Erläuterungen	Anzahl Köpfe Apotheker und PTA

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen *Zum Umgang mit Zytostatika, 1x jährlich*
2	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagement-Konzept **Letzte Aktualisierung:** 10.04.2021 *Interaktionscheck möglich (auf Anfrage)*
3	AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagement-Konzept **Letzte Aktualisierung:** 10.04.2021
4	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) *Ataxx (für Station und Apotheke), mediQ und Gelbe Liste (nur für Apotheker), fachinfo Service, Scholz Datenbank*
5	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln *Zubereitung der Zytostatika in der Apotheke, Prozesse im QM, bei Besonderheiten zusätzliches Infomaterial durch Apotheke“ (zb. Xevudy und andere Antikörper, L-Thyroxin-Infusion)*
6	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
7	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern *Rundschreiben bei Präparatewechsel, bei Neuanschaffung Beachtung der soundalike-lookalike Problematik, Bearbeitung von CIRS-Meldungen / direkten Meldungen von Anwendern, Beschriftung von Packungen bei Änderungen mit Aufklebern, Beschriftung von speziellen Arzneimitteln mit Patientenetiketten*
8	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung *Die Apotheke stellt die BTM Entlassmedikation mit Einnahmehinweisen und Beipackzetteln für die Patienten der Palliativstation*

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: Antibiotikaliste mit Angaben zum Lösungsmittel und dessen Menge

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: Anbruchlisten von Salben, Säften etc., Zubereitung von Antibiosen, Runschreiben zur Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Teilbarkeit und Sondengängigkeitslisten, Notdepotliste, Antidotliste BTM-Sortiment als Verordnungshilfe, Antibiotika-Empfehlungen (Pocket-Cards)

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
☑ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich *Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung* *Verschluckbares Spielgelgerät zur Darmspiegelung*
2	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik* *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik*
3	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja *Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder* *Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder*
4	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich *Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse* *Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse*
5	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich *Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens* *Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörpers*

#	Gerätenummer	24h verfügbar
6	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich *Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten* *Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmer, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten*
7	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich *Harnflussmessung* *Harnflussmessung*
8	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja *Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)*
9	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja *Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen* *Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlung*
10	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich *Stoßwellen-Steinzerstörung* *Stoßwellen-Steinzerstörer*
11	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja *Gerät zur Gefäßdarstellung* *Gerät zur Gefäßdarstellung*
12	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja *Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße*
13	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät	Keine Angabe erforderlich *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik*

#	Gerätenummer	24h verfügbar
14	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System	Keine Angabe erforderlich *daVinci-Roboter*

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

☑ Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt	Nein

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Ja
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0300] Klinik für Innere Medizin I: Kardiologie und Intensivmedizin

B-[0300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin I: Kardiologie und Intensivmedizin

B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0103 - Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
2	3603 - Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3	0300 - Kardiologie

B-[0300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Fikret Er
Telefon	05241 8324402
Fax	05241 8324403
E-Mail	kardiologie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenbergerstr.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/innere-medizin-i-kardiologie/

B-[0300].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	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

§ 135c SGB V

B-[0300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI20 - Intensivmedizin
2	VI34 - Elektrophysiologie
3	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes *z.B. Lungenembolien, pulmonale Hypertonie*
6	VC06 - Defibrillatoreingriffe
7	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten *Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)*
8	VC05 - Schrittmachereingriffe
9	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

B-[0300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4036
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	639
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	609
3	I50	Herzinsuffizienz	420
4	I20	Angina pectoris	384
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	284
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	177

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
7	I11	Hypertensive Herzkrankheit	153
8	I47	Paroxysmale Tachykardie	108
9	R55	Synkope und Kollaps	94
10	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	68

B-[0300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	2736
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	2364
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2289
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2051
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	1138
6	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	815
7	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	727
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	655
9	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	641
10	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	524
11	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	347
12	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	343
13	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	230
14	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	208
15	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	208
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	192
17	1-268	Kardiales Mapping	190

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
18	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	167
19	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	161
20	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	144
21	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	141
22	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	140
23	8-701	Einfache endotracheale Intubation	134
24	8-839	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße	110
25	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	94
26	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	94
27	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	91
28	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	63
29	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	58
30	8-83a	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System	56

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
2	AM07 - Privatambulanz	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
2	Privatambulanz	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

#	Ambulanz	Leistung
3	Privatambulanz	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
4	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
5	Privatambulanz	VI34 - Elektrophysiologie
6	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI34 - Elektrophysiologie

B-[0300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	124
2	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4

B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0300].11 Personelle Ausstattung

B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	20,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,32
Personal in der ambulanten Versorgung	3,61
Personal in der stationären Versorgung	17,35
Fälle je Vollkraft	232,62
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	11,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,32
Personal in der ambulanten Versorgung	0,82
Personal in der stationären Versorgung	10,67
Fälle je Vollkraft	378,26

B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin *Weiterbildungsbefugnis (36 Monate)*
2	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie *Weiterbildungsbefugnis (36 Monate)*

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin *Weiterbildungsbefugnis 24 Monate.; Zusatzweiterbildung: Hypertensiologie -80Std.*

B-[0300].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	58,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	57,77
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,83
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	58,6
Fälle je Vollkraft	68,87

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und

Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,14
Fälle je Vollkraft	28828,57

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,81
Fälle je Vollkraft	4982,72

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,47
Fälle je Vollkraft	8587,23

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	3,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,18
Fälle je Vollkraft	1269,18

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

Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,03
Fälle je Vollkraft	3918,45

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,5
Fälle je Vollkraft	8072

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	6,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	6,1
Fälle je Vollkraft	661,64

B-[0300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[0300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement

B-[0300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3752] Klinik für Innere Medizin II: Palliativmedizin

B-[3752].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin II: Palliativmedizin

B-[3752].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3752 - Palliativmedizin
2	3753 - Schmerztherapie

B-[3752].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Gero Massenkeil
Telefon	05241 8324302
Fax	05241 8324303
E-Mail	sekretariat-med2@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/innere-medizin-ii-gastroenterologie-haematologie-und-onkologie-palliativmedizin/

B-[3752].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-[3752].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI38 - Palliativmedizin
2	VI40 - Schmerztherapie
3	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
4	VI00 - („Sonstiges“): Onkologisches Zentrum
5	VI27 - Spezialsprechstunde

B-[3752].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	198
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3752].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	25
2	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	14
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	12
4	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	11
5	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	11
6	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	9
7	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	8
8	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	7
9	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	7
10	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	4

B-[3752].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-401	Psychosoziale Interventionen	123
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	97
3	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	74
4	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	13
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	10
6	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	5
7	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	< 4
8	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4
9	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	< 4
10	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	< 4
11	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	< 4
12	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	< 4
13	1-494	(Perkutane) Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
14	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	< 4
15	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	< 4
16	8-547	Andere Immuntherapie	< 4
17	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	< 4
18	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	< 4

B-[3752].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	

B-[3752].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VI38 - Palliativmedizin

B-[3752].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3752].11 Personelle Ausstattung

B-[3752].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,68
Fälle je Vollkraft	117,86
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,21
Fälle je Vollkraft	163,64

B-[3752].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie *Weiterbildungsbefugnis von 36 Monaten*
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie *Weiterbildungsbefugnis von 36 Monaten*
3	AQ01 - Anästhesiologie
4	AQ23 - Innere Medizin *Weiterbildungsbefugnis von 36 Monaten*

B-[3752].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin
2	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
3	ZF15 - Intensivmedizin
4	ZF28 - Notfallmedizin

B-[3752].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	6,63
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,51
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,12
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	6,63
Fälle je Vollkraft	29,86

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,02

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,02
Fälle je Vollkraft	9900

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,12
Fälle je Vollkraft	1650

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,07
Fälle je Vollkraft	2828,57

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,46
Fälle je Vollkraft	430,43

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,06
Fälle je Vollkraft	3300

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,35
Fälle je Vollkraft	565,71

B-[3752].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3752].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP20 - Palliative Care

B-[3752].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0500] Klinik für Innere Medizin II: Klinik für Hämatologie und Onkologie

B-[0500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin II: Klinik für Hämatologie und Onkologie

B-[0500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3752 - Palliativmedizin
2	0105 - Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie
3	0500 - Hämatologie und internistische Onkologie

B-[0500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Gero Massenkeil
Telefon	05241 8324302
Fax	05241 8324303
E-Mail	sekretariat-innere2@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/innere-medizin-ii-gastroenterologie-haematologie-und-onkologie-palliativmedizin/

B-[0500].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	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

§ 135c SGB V

B-[0500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI00 - („Sonstiges“): Onkologisches Zentrum *Seit dem 01.07.2014 als Onkologisches Zentrum nach den DKG Vorgaben zertifiziert.*
2	VI38 - Palliativmedizin
3	VI45 - Stammzelltransplantation *In Kooperation mit dem UKM*
4	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns *konservative Therapie*
5	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen *Behandlung aller benignen und malignen hämatologischen Erkrankungen*
6	VI42 - Transfusionsmedizin
7	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
8	VP14 - Psychoonkologie
9	VI40 - Schmerztherapie

B-[0500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	810
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C83	Nicht follikuläres Lymphom	85
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	63
3	C16	Bösartige Neubildung des Magens	44
4	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	38

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	33
6	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	32
7	D50	Eisenmangelanämie	28
8	C91	Lymphatische Leukämie	28
9	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	24
10	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	21

B-[0500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	400
2	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	246
3	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	238
4	8-547	Andere Immuntherapie	140
5	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	117
6	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	112
7	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	108
8	9-401	Psychosoziale Interventionen	76
9	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	61
10	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	57
11	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	36
12	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	25
13	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	22
14	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	20
15	6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	17
16	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	17
17	1-494	(Perkutane) Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	15

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
18	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	15
19	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	14
20	1-941	Komplexe Diagnostik bei Leukämien	14
21	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	13
22	5-410	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark und peripherem Blut zur Transplantation und von peripheren Blutzellen zur Transfusion	13
23	6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	11
24	1-481	Biopsie ohne Inzision an Knochen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	11
25	5-431	Gastrostomie	11
26	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	9
27	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	9
28	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	9
29	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	9
30	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	9

B-[0500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[0500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
2	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

B-[0500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0500].11 Personelle Ausstattung

B-[0500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal in der ambulanten Versorgung	0,54
Personal in der stationären Versorgung	3,72
Fälle je Vollkraft	217,74
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	2,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal in der ambulanten Versorgung	0,38
Personal in der stationären Versorgung	1,97
Fälle je Vollkraft	411,17

B-[0500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie *Weiterbildungsbefugnis (36 Monate)*

#	Facharztbezeichnungen
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie *Weiterbildungsbefugnis (24 Monate)*
3	AQ23 - Innere Medizin *Weiterbildungsbefugnis (36 Monate)*
4	AQ01 - Anästhesiologie

B-[0500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
2	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF15 - Intensivmedizin
5	ZF28 - Notfallmedizin

B-[0500].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	16,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,3
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	16,35
Fälle je Vollkraft	49,54

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0,05
Fälle je Vollkraft	16200

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,29
Fälle je Vollkraft	2793,1

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,17
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,17
Fälle je Vollkraft	4764,71

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,14
Fälle je Vollkraft	710,53

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,14

Fälle je Vollkraft	5785,71

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,87
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,87
Fälle je Vollkraft	931,03

B-[0500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[0500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement
2	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	ZP16 - Wundmanagement

B-[0500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100] Klinik für Innere Medizin II

B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin II

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Gero Massenkeil
Telefon	05241 8324302
Fax	05241 8324303
E-Mail	sekretariat-innere2@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken-und-zentren/innere-medizin-ii-gastroenterologie-haematologie-und-onkologie-palliativmedizin/

B-[0100].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-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
2	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen *konservative Therapie*
3	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
4	VI35 - Endoskopie
5	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen *in Kooperation mit der LWL-Klinik Gütersloh*
6	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
7	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten *Diabetes, Schilddrüse*
8	VI00 - („Sonstiges“): Onklogisches Zentrum *Seit dem 01.07.2014 als Onkologisches Zentrum nach den DKG Vorgaben zertifiziert.*
9	VI40 - Schmerztherapie
10	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
11	VI20 - Intensivmedizin
12	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen *Schlaganfallbehandlung (Stroke Unit)*
13	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
14	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
15	VI38 - Palliativmedizin *Eine Palliativstation mit acht Betten ist Bestandteil der Klinik für Hämatologie und internistische Onkologie. Die Palliativstation ermöglichtim interdisziplinären Team aus Ärzten, Pflegekräften, Psychoonkologie, Sozialdienst, Seelsorge und Physiotherapie.*
16	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
17	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
18	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
20	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
21	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns *konservative Therapie*
22	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
23	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
24	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
25	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen *z.B. Thombosen und Lungenembolien*
26	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen *Behandlung aller benignen und malignen hämatologischen Erkrankungen*
27	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
28	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
29	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen *Schlaganfallbehandlung*
30	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
31	VP14 - Psychoonkologie

B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	712
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	68
2	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	49
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	49
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	37

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	N17	Akutes Nierenversagen	37
6	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	32
7	E86	Volumenmangel	32
8	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	24
9	R55	Synkope und Kollaps	16
10	I26	Lungenembolie	13

B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	354
2	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	72
3	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	51
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	29
5	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	24
6	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	24
7	9-500	Patientenschulung	20
8	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	17
9	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	12
10	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	10
11	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	8
12	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	7
13	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	7
14	5-511	Cholezystektomie	7
15	9-401	Psychosoziale Interventionen	6
16	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	6

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	5
18	8-176	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss	5
19	1-481	Biopsie ohne Inzision an Knochen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	5
20	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	5
21	5-454	Resektion des Dünndarmes	5
22	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	4
23	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	4
24	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	< 4
25	1-691	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie	< 4
26	5-431	Gastrostomie	< 4
27	8-190	Spezielle Verbandstechniken	< 4
28	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	< 4
29	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	< 4
30	5-501	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)	< 4

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Internistische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	608
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	160
3	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4

B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	3,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal in der ambulanten Versorgung	0,59
Personal in der stationären Versorgung	3,11
Fälle je Vollkraft	228,94
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	2,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,02

Fälle je Vollkraft	352,48

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie *Weiterbildungsbefugnis (36 Monate)*
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie *Weiterbildungsbefugnis (36 Monate)*
3	AQ01 - Anästhesiologie
4	AQ23 - Innere Medizin *Weiterbildungsbefugnis (36 Monate)*

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF14 - Infektiologie
3	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
4	ZF30 - Palliativmedizin

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	13,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	13,57
Fälle je Vollkraft	52,47

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und

Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,04
Fälle je Vollkraft	17800

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,24
Fälle je Vollkraft	2966,67

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,14
Fälle je Vollkraft	5085,71

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,95
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,95
Fälle je Vollkraft	749,47

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

Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,12
Fälle je Vollkraft	5933,33

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,72
Fälle je Vollkraft	988,89

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement
2	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	ZP16 - Wundmanagement

B-[0100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0700] Klinik für Innere Medizin II: Gastroenterologie

B-[0700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin II: Gastroenterologie

B-[0700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0607 - Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
2	0700 - Gastroenterologie
3	0100 - Innere Medizin

B-[0700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Gero Massenkeil
Telefon	05241 8324302
Fax	05241 8324303
E-Mail	sekretariat-innere2@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken-und-zentren/innere-medizin-ii-gastroenterologie-haematologie-und-onkologie-palliativmedizin/gastroenterologie/

B-[0700].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	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom

Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[0700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
2	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
3	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
4	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
5	VI35 - Endoskopie
6	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
7	VI00 - („Sonstiges“): Onkologisches Zentrum *Die Klinik ist im Rahmen des Darmkrebs Zentrums und des Onkologischen Zentrums (01.07.2014) nach DKG-Vorgaben zertifiziert.*
8	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
9	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
10	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
11	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
12	VI40 - Schmerztherapie
13	VI38 - Palliativmedizin
14	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

B-[0700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1048
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	90
2	K29	Gastritis und Duodenitis	75

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	K57	Divertikulose des Darmes	65
4	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	54
5	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	48
6	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	43
7	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	40
8	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	39
9	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	38
10	K70	Alkoholische Leberkrankheit	37

B-[0700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1704
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	732
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	668
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	323
5	5-469	Andere Operationen am Darm	308
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	288
7	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	278
8	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	271
9	3-056	Endosonographie des Pankreas	240
10	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	217
11	1-651	Diagnostische Sigmoideoskopie	129
12	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	103
13	5-449	Andere Operationen am Magen	98
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	92
15	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	58

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
16	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	56
17	1-654	Diagnostische Rektoskopie	49
18	3-051	Endosonographie des Ösophagus	37
19	1-447	Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas	37
20	1-441	Perkutane (Nadel-)Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas	37
21	3-053	Endosonographie des Magens	36
22	3-058	Endosonographie des Rektums	31
23	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	30
24	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	29
25	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	21
26	1-652	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma	21
27	1-653	Diagnostische Proktoskopie	20
28	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	19
29	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	19
30	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	18

B-[0700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[0700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	VI35 - Endoskopie
3	Privatambulanz	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
4	Privatambulanz	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	Privatambulanz	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
6	Privatambulanz	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	Privatambulanz	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
8	Privatambulanz	VI35 - Endoskopie
9	AM04	VR06 - Endosonographie
10	AM04	VI00 - („Sonstiges“): Proktoskopie
11	AM04	VI00 - („Sonstiges“): Manometrie und pH-Metrie

B-[0700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0700].11 Personelle Ausstattung

B-[0700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	6,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08
Personal in der ambulanten Versorgung	0,78
Personal in der stationären Versorgung	5,78
Fälle je Vollkraft	181,31
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08
Personal in der ambulanten Versorgung	0,22
Personal in der stationären Versorgung	3,87
Fälle je Vollkraft	270,8

B-[0700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie *Weiterbildungsbefugnis 36 Monate*
2	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie *Weiterbildungsbefugnis 36 Monate*
3	AQ01 - Anästhesiologie
4	AQ23 - Innere Medizin *Weiterbildungsbefugnis 36 Monate*

B-[0700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
3	ZF15 - Intensivmedizin
4	ZF30 - Palliativmedizin

B-[0700].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	23,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,27
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	23,27
Fälle je Vollkraft	45,04

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,05
Fälle je Vollkraft	20960

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,27

Fälle je Vollkraft	3881,48

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,16
Fälle je Vollkraft	6550

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,05
Fälle je Vollkraft	998,1

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,13
Fälle je Vollkraft	8061,54

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,34
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,34
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,34
Fälle je Vollkraft	782,09

B-[0700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[0700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[0700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0800] Klinik für Innere Medizin III: Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin

B-[0800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin III: Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin

B-[0800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0800 - Pneumologie
2	0108 - Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
3	0152 - Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
4	0114 - Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilk.

B-[0800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein
Telefon	05241 8324702
Fax	05241 8324703
E-Mail	innere-pneumologie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken-und-zentren/innere-medizin-iii-pneumologie-schlaf-und-beatmungsmedizin-infektiologie-und-allgemeine-innere-medizin/

B-[0800].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-[0800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI40 - Schmerztherapie
2	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
3	VI39 - Physikalische Therapie
4	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
5	VI35 - Endoskopie
6	VI27 - Spezialsprechstunde
7	VI38 - Palliativmedizin
8	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
9	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
10	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
11	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
12	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
13	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
14	VX00 - („Sonstiges“): Betreiben einer Lungensportgruppe in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen und Vereinen
15	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
16	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
17	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
18	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
19	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
20	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

B-[0800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1352
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	216
2	I50	Herzinsuffizienz	134
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	112
4	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	65
5	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	59
6	I26	Lungenembolie	38
7	G47	Schlafstörungen	38
8	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	33
9	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	27
10	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	21

B-[0800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-710	Ganzkörperplethysmographie	695
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	503
3	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	450
4	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	332
5	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	279
6	1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	209
7	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	185

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	175
9	1-790	Polysomnographie	117
10	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	96
11	1-716	Messung des fraktionierten exhalierten Stickstoffmonoxids [FeNO]	89
12	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	88
13	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	81
14	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	72
15	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	62
16	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	52
17	1-714	Messung der bronchialen Reaktivität	46
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	44
19	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	43
20	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	37
21	1-995	(Gezielte) Analyse genetischer Veränderungen in soliden bösartigen Neubildungen	34
22	1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	33
23	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	32
24	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	32
25	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	25
26	1-712	Spiroergometrie	21
27	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	21
28	1-992	Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen	20
29	1-717	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials	17
30	1-206	Neurographie	15

B-[0800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

B-[0800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
2	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Notfallambulanz (24h)	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
4	Notfallambulanz (24h)	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
5	Privatambulanz	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
6	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
7	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
8	Notfallambulanz (24h)	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
9	Privatambulanz	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
10	Notfallambulanz (24h)	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
12	Privatambulanz	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
13	Notfallambulanz (24h)	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
14	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin

#	Ambulanz	Leistung
15	Privatambulanz	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin

B-[0800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0800].11 Personelle Ausstattung

B-[0800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	7,61
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,11
Personal in der ambulanten Versorgung	0,36
Personal in der stationären Versorgung	7,25
Fälle je Vollkraft	186,48
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,11
Personal in der ambulanten Versorgung	0,22
Personal in der stationären Versorgung	4,2
Fälle je Vollkraft	321,9

B-[0800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie *Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein: Volle Weiterbildungsbefugnis (36 Monate); Facharztbezeichnung: Ltd. Oberarzt Herr Walhorn; OA Dr. A. Hofmann; Assistenzärztin Fr. Dr. Beelmann*
2	AQ23 - Innere Medizin *Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein: Volle Weiterbildungsbefugnis (60 Monate, gemeinsam mit Hr. Prof. Massenkeil und Hr. Prof. Er); Facharztbezeichnung: Ltd.Oberarzt Herr Walhorn; OA Dr. A. Hofmann und Assistenzärztin Frau Prazanowska; Assistenzärztin Fr. Dr. Beelmann*
3	AQ24 - Innere Medizin und Angiologie *Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein*

B-[0800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF14 - Infektiologie *Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein: Volle Weiterbildungsbefugnis (12 Monate)*
2	ZF39 - Schlafmedizin *Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein: Volle Weiterbildungsbefugnis (18 Monate); OA Dr. A. Hofmann*
3	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – *Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein*
4	ZF28 - Notfallmedizin *Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein*
5	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie *Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein*
6	ZF15 - Intensivmedizin *Prof. Dr. med. Axel von Bierbrauer zu Brennstein: Internistische Intensivmedizin*
7	ZF03 - Allergologie *OA Dr. A. Hofmann*

B-[0800].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	31,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	31,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,57
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	31,87
Fälle je Vollkraft	42,42

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,1
Fälle je Vollkraft	13520

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,55
Fälle je Vollkraft	2458,18

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,32

Fälle je Vollkraft	4225

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	2,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,19
Fälle je Vollkraft	617,35

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,41
Fälle je Vollkraft	3297,56

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	2,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,14
Fälle je Vollkraft	631,78

B-[0800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ20 - Praxisanleitung
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[0800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP22 - Atmungstherapie *Zusätzlich Vorhalten einer pneumologisch spezifizierten Physiotherapie sowie mehrerer Lungensportgruppen.*

B-[0800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1600] Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie, Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie

B-[1600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie, Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie

B-[1600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2316 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	1523 - Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
3	3755 - Wirbelsäulenchirurgie
4	1600 - Unfallchirurgie
5	2300 - Orthopädie
6	2315 - Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
7	1516 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
8	1900 - Plastische Chirurgie
9	1519 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
10	1551 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie

B-[1600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie, Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Philipp Bula
Telefon	05241 8323402
Fax	05241 8323403
E-Mail	unfallchirurgie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.

Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/unfall-und-wiederherstellungschirurgie-orthopaedie/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Sektion Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Albrecht Krause-Bergmann
Telefon	05241 8323302
Fax	05241 8323303
E-Mail	plastischechirurgie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/plastische-aesthetische-und-handchirurgie/

B-[1600].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-[1600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC00 - („Sonstiges“): Traumazentrum DGU *Die Klinik ist zertifiziertes Regionales Traumazentrum im Traumanetzwerk OWL. Die Klinik ist zertifiziertes Alterstraumazentrum DGU. 24 Stunden Replantationsbereitschaft. VAV Klinik der DGUV. SAV Handklinik der DGUV. Endoprothetikzentrum. Sportmedizinisches Zentrum.*
2	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
3	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe *Videoassistierter transthorakaler Wirbelkörperersatz*

#	Medizinische Leistungsangebote
4	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels *Die Klinik bietet das gesamte Spektrum der arthroskopischen Gelenkrekonstruktion an. Ebenso Knorpeltherapie und -ersatzverfahren. Tibiakopffrakturversorgung. Intraoperative 3D-Bildgebung*
5	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
6	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes *Rekonstruktion des Weichteilmantels und Tumorbehandlung. Invasive Hirndruckmessung bei Schädelhirntrauma. Kooperation mit der Neurochirurgie des EVKB*
7	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane *Spezielle Behandlung von ausgedehnten gut- und bösartigen Tumorsituationen an den Extremitäten mit spezieller mikrochirurgischer Gewebepräparation, Weichteildefektdeckung und funktionserhaltende Umlagerungsoperationen.*
8	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
9	VO14 - Endoprothetik
10	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien *Operative Behandlung von Gelenkerkrankungen durch Umstellungsoperationen, Teilarthrodesen, Gelenksynovektomien, Protheseneinsatz*
11	VC30 - Septische Knochenchirurgie *Die Klinik ist assoziiertes Mitglied des EXPERT Extremitätenboards der Uniklinik Münster*
12	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes *Arthroskoisch gestützte Frakturversorgung, endoprothetische Frakturversorgung, Bandrekonstruktion*
13	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
14	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand *Die Klinik ist zugelassen zum Schwerstverletzungsartenverfahren Hand der DGUV. Ein Replantationsteam wird rund um die Uhr vorgehalten.*
15	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
16	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
17	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie *An unserem Sportmedizinischen Zentrum betreuen wir Breiten- und Spitzensportler. Wir sind Kooperationspartner der DSC Arminia Bielefeld. Mannschaftsärztliche Betreuung der 1. Ligaprofis durch Dr. Andreas Elsner.*

#	Medizinische Leistungsangebote
18	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie *Versorgung sämtlicher Verletzungen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Stabilisierungsoperationen bei tumorbedingten Instabilitäten. Intraoperative 3D Bildgebung. Minimalinvasive Operationstechnik*
19	VO00 - („Sonstiges“): BG *Zugelassene Klinik für die Behandlung aller Arten von Arbeitsunfällen einschließlich des Schwerstverletzungsartenverfahren Hand der Berufsgenossenschaften*
20	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse *Versorgung im Kooperativen Brustzentrum Gütersloh (seit 2006 von der Ärztekammer NRW zertifiziert und anerkannt); weitere Informationen unter https://www.brustzentrum-guetersloh.de*
21	VO21 - Traumatologie
22	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
23	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
24	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren *Therapie MM, Merkelzelltumor*
25	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels *Minimalinvasive Operationstechniken zur Frakturversorgung. Minimalinvasive Endoprothotische Frakturversorgung. Geriatrische Mitbetreuung im Alterstraumazentrum*
26	VC00 - („Sonstiges“): Schmerztherapie *Postoperative Schmerztherapie in Form eines Schmerzdienstes der Klinik für Anästhesiologie (Schmerzvisite sowie Pain-Nurse).*
27	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase *In Zusammenarbeit mit der urologischen Klinik spezielle plastischchirurgische Methoden, z.B. bei Geschlechtsumwandlung*
28	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren *einschließlich Defektdeckung mit freien Lappenplastiken*
29	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen *Die Klinik bietet das gesamte Spektrum der arthroskopischen Gelenkchirurgie. Schulter, Ellenbogen, Hand, Knie und Sprunggelenk*
30	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken *Die Klinik bietet das gesamte Spektrum der Sporttraumatologie an. Sämtliche Verfahren werden in minimalinvasiven Techniken angeboten*

#	Medizinische Leistungsangebote
31	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie *Behandlung aller erworbenen und angeborenen Fehlbildungen (Hypoplasie, Hyperplasie, tubuläre Brustsituation, Amazonen-Syndrom, Asymmetrien, ausgeprägte Ptosis)*
32	VC71 - Notfallmedizin *Das Klinikum ist Weiterbildungsstätte für Klinische Akut- und Notfallmedizin*
33	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes *Minimalinvasive Verfahren für Operationen bei Instabilität des Schulterglenkes, Rotatorenmanschettenverletzungen, Schultereckgelenksprengungen, Endoprothetische Frakturversorgung mit modernsten Implantatsystemen, arthroskopische gestützte Frakturversorgung*
34	VD12 - Dermatochirurgie *Peeling, Botox-Behandlung, Eigenfetttransplantation zur Faltenkorrektur*
35	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes *Minimalinvasive Syndesmosenrekonstruktion. Sprungelenksfrakturversorgung*
36	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens *Minimalinvasive Stabilisierungsverfahren für Wirbelsäule, Beckenring und Hüftgelenk. Intraoperative 3D Bildgebung*
37	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung *Behandlung von Strahlenulzera (Entfemung, plastisch-chirurgische Defektdeckung)*
38	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin *Sechsmonatige Weiterbildungszeit im Bereich Intensivmedizin, im Rahmen des zweijährigen Curriculums Common Trunk*
39	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut *Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut*
40	VC63 - Amputationschirurgie *Multimodales Behandlungskonzept inkl. Orthopädietechnik zur Exoprothesenversorgung. Die Klinik ist Mitglied im EXPERT Extremitätenboard*
41	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
42	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik *Die Klinik bietet endoprothetischen Ersatz sämtlicher großer Gelenke mit modernsten Implantatsystemen an*

#	Medizinische Leistungsangebote
43	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen *Behandlung der rheumatischen Synovialitis, Sehnenrekonstruktion (freie Transplantate, Sehenumlagerung) Umstellungsoperationen bei Funktionsdefekten an den Extremitäten, spezielle Weichteildefektdeckung bei Weichteilverlust*
44	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien *Operative Behandlung von speziellen Gelenkveränderungen durch Umstellungsoperationen, Prothesenbehandlung, Arthrodesen und Teilarthrodesen*
45	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
46	VC66 - Arthroskopische Operationen *Die Klinik bietet das gesamte Spektrum der arthroskopischen Gelenkchirurgie. Schulter, Ellenbogen, Hand, Knie und Sprunggelenk*
47	VO16 - Handchirurgie *Behandlung aller akuten und degenerativen Erkrankungen der Hand einschl. Replantation*
48	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie *Ästhetische Chirurgie des Körperstammes und des Gesichtes (Brustchirurgie, Straffungsoperationen, Lidchirurgie, Othoplastiken, Liposuction, Bodylifting)*
49	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
50	VC69 - Verbrennungschirurgie
51	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule *Gesamtes Spektrum der minimalinvasiven Wirbelsäulenstabilisierung. Intraoperative 3D Bildgebung*
52	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde *Therapie der Hyperhidrosis (konservativ und operativ)*
53	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren *Spezielle Defektdeckung im Rahmen gynäkologischer Tumorchirurgie mit gestielten und freien Lappenplastiken*
54	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres *Othoplastiken, Ohranlegeplastiken, Größenkorrekturen*
55	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie *Plastisch-chirurgische Weichteil- und Knorpelrekonstruktion einschl. freiem Gewebetransfer, ästhetische Chirurgie der Nase*

#	Medizinische Leistungsangebote
56	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich *Operative Behandlung, Rekonstruktion und Defektdeckung bei Tumoren im Kopf-Hals-Bereich*
57	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich *Spezielle plastische Rekonstruktion mit gestielten und freien Lappenplastiken einschl. Tumorexzision*
58	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen *Diagnostik und Therapie von angeborenen Fehlbildungen der Hand und des Handgelenkes*
59	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener *Durchführung von Hüftsonographie bei Neugeborenen*
60	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
61	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie *Planung und Durchführung einer postoperativen Narbenbehandlung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Radioonkologie*
62	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita *Ptosis tarsi, Blepharochalasis*
63	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
64	VN00 - („Sonstiges“): Dekompressionsbehandlung peripherer Nerven *Versorgung im Kooperativen Brustzentrum Gütersloh (seit 2006 von der Ärztekammer NRW zertifiziert und anerkannt); weitere Informationen unter https://www.brustzentrum-guetersloh.de*
65	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels *Primäre und sekundäre Nervenrekonstruktion einschl. Nerventransplantation und Nervenumlagerung*
66	VX00 - („Sonstiges“): Schmerztherapie *Ein postoperatives Schmerzkonzept mit Schmerzvisite und Pain-Nurse ist seitens der Klinik für Anästhesiologie etabliert*
67	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
68	VA15 - Plastische Chirurgie
69	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven *Primäre und sekundäre Nervenrekonstruktion einschl. Transplantation an der Hand und an den Armen*

#	Medizinische Leistungsangebote
70	VI39 - Physikalische Therapie *Spezielle Krankengymnastik der Hand nach operativen Korrekturen und Verletzungen einschl. Ergotherapie und Schienenbehandlung*
71	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen *Denervationsoperationen. Spezielle Schmerztherapie in Kooperation mit der Klinik für Anästhesie. Multimodale Schmerztherapie in Kooperation mit der LWL-Klinik Gütersloh und dem EVKB*
72	VC58 - Spezialsprechstunde *Wirbelsäulensprechstunde, Allgemeine Unfallsprechstunde, Gelenksprechstunde, Handsprechstunde, Plastisch chirurgische Sprechstunde, BG Ambulanz für Arbeitsunfälle, Sportmedizinische Sprechstunde, Fußsprechstunde, Privatambulanz, Ästhetik-Sprechstunde, Brust-Sprechstunde*
73	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren *Operative Behandlung, Rekonstruktion und Defektdeckung bei Tumoren im Bereich der Ohren*
74	VN00 - („Sonstiges“): Dekompressionsbehandlung peripherer Nerven *Tumorerkrankungen der Haut und Unterhaut*
75	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen *Notfallversorgung im Rahmen der Zulassung als Regionales Traumazentrum. Invasive Hirndruckmessung. Kooperation mit der Neurochirurgie des EVKB*
76	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie *rekonstruktive Maßnahmen hinsichtlich Defektdeckung bei ausgedehnten Tumoreingriffen*
77	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe *Ausgedehnte Eingriffe im Bereich der Plastisch-rekonstruktiven Chirurgie mit gestielten und freien Lappenplastiken (freie Muskellappenplastik, freifaszio-kutane Lappenplastiken, Perforatorlappenplastik). Spezialsprechstunde vorhanden*
78	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse *Versorgung im Kooperativen Brustzentrum Gütersloh (seit 2006 von der Ärztekammer NRW zertifiziert und anerkannt); weitere Informationen unter https://www.brustzentrum-guetersloh.de*
79	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren *Rekonstruktive Chirurgie bei erworbenem oder unfallbedingtem Ohr-Teilverlust*
80	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
81	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien

#	Medizinische Leistungsangebote
82	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes *Spezielle plastische Chirurgie zur Behandlung von Systemerkrankungen des Bindegewebes (Gewebeersatz, muskuläre Umstellungen)*
83	VO12 - Kinderorthopädie
84	VO15 - Fußchirurgie *rekonstruktive Maßnahmen nach Unfall und Erkrankung einschl. Defektdeckung*
85	VO17 - Rheumachirurgie
86	VO13 - Spezialsprechstunde *Spezialsprechstunden für Endoprothetik, Sportorthopädie, Sportmedizin, Sportverletzungen, Fußchirurgie, Handchirurgie, Schulter, Ellenbogen und Knie*
87	VO19 - Schulterchirurgie *Die Klinik ist Schwerpunkt für operative Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Schultergelenkes. Es wird das gesamte Behandlungsspektrum angeboten.*
88	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung *Intraoperative 3D-Bildgebung mit Multiplanaren Rekonstruktionen*

B-[1600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2729
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Die Klinik hat 2021 2.729 Patienten vollstationär behandelt. Davon wurden ca. 1.700 Patienten in der Sektion für Unfallchirurgie und 770 Patienten in der Sektion für Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie behandelt. In der Sektion für Endoprothetik erfolgte die Behandlung von ca.180 Patienten.

B-[1600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	232
2	S72	Fraktur des Femurs	186
3	S52	Fraktur des Unterarmes	180

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	132
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	128
6	S06	Intrakranielle Verletzung	125
7	M75	Schulterläsionen	81
8	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	75
9	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	61
10	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	40

B-[1600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	697
2	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	400
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	394
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	378
5	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	375
6	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	329
7	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	314
8	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	313
9	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	269
10	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	256
11	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	256
12	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	247
13	5-983	Reoperation	235
14	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	198
15	5-786	Osteosyntheseverfahren	192

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
16	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	167
17	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	156
18	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	153
19	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	146
20	5-849	Andere Operationen an der Hand	141
21	5-784	Knochentransplantation und -transposition	140
22	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	138
23	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	120
24	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	108
25	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	107
26	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	105
27	5-841	Operationen an Bändern der Hand	104
28	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	103
29	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	102
30	8-190	Spezielle Verbandstechniken	95

B-[1600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Sprechstunde für vor und nachstationäre Leistungen
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Chirurgische Ambulanz
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	
6	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	

B-[1600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	VO00 - („Sonstiges“)
2	Privatambulanz	VO00 - („Sonstiges“)
3	Privatambulanz	VC63 - Amputationschirurgie
4	Privatambulanz	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
5	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
6	Privatambulanz	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
7	Privatambulanz	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
8	Privatambulanz	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
9	Privatambulanz	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
10	Privatambulanz	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
11	Privatambulanz	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
12	Privatambulanz	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
13	Privatambulanz	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
14	Privatambulanz	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
15	Privatambulanz	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
16	Privatambulanz	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
17	Privatambulanz	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
18	Privatambulanz	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
19	Privatambulanz	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
20	Privatambulanz	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde

#	Ambulanz	Leistung
21	Privatambulanz	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
22	Privatambulanz	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
23	Privatambulanz	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
24	Privatambulanz	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
25	Privatambulanz	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
26	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
27	Privatambulanz	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
28	Privatambulanz	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
29	Privatambulanz	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
30	Privatambulanz	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
31	Privatambulanz	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
32	Privatambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
33	Privatambulanz	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
34	Privatambulanz	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
35	Privatambulanz	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
36	Privatambulanz	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
37	Privatambulanz	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

#	Ambulanz	Leistung
38	Privatambulanz	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
39	Privatambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
40	Privatambulanz	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
41	Privatambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
42	Privatambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
43	Privatambulanz	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
44	Privatambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
45	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
46	Privatambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
47	Privatambulanz	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
48	Privatambulanz	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
49	Privatambulanz	VR04 - Duplexsonographie
50	Privatambulanz	VO14 - Endoprothetik
51	Privatambulanz	VO15 - Fußchirurgie
52	Privatambulanz	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
53	Privatambulanz	VO16 - Handchirurgie
54	Privatambulanz	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
55	Privatambulanz	VO12 - Kinderorthopädie
56	Privatambulanz	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
57	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen

#	Ambulanz	Leistung
58	Privatambulanz	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
59	Privatambulanz	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
60	Privatambulanz	VR02 - Native Sonographie
61	Privatambulanz	VA15 - Plastische Chirurgie
62	Privatambulanz	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
63	Privatambulanz	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
64	Privatambulanz	VC62 - Portimplantation
65	Privatambulanz	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
66	Privatambulanz	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
67	Privatambulanz	VO17 - Rheumachirurgie
68	Privatambulanz	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
69	Privatambulanz	VC30 - Septische Knochenchirurgie
70	Privatambulanz	VO13 - Spezialsprechstunde
71	Privatambulanz	VC58 - Spezialsprechstunde
72	Privatambulanz	VH23 - Spezialsprechstunde
73	Privatambulanz	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
74	Privatambulanz	VO21 - Traumatologie
75	Privatambulanz	VC24 - Tumorchirurgie
76	Privatambulanz	VC69 - Verbrennungschirurgie
77	Privatambulanz	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
78	Privatambulanz	VD20 - Wundheilungsstörungen
79	Chirurgische Ambulanz	VO00 - („Sonstiges“)
80	Chirurgische Ambulanz	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
81	Chirurgische Ambulanz	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
82	Chirurgische Ambulanz	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
83	Chirurgische Ambulanz	VC71 - Notfallmedizin

#	Ambulanz	Leistung
84	Sprechstunde für vor und nachstationäre Leistungen	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

B-[1600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	107
2	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	98
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	85
4	5-849	Andere Operationen an der Hand	70
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	62
6	5-845	Synovialektomie an der Hand	40
7	1-697	Diagnostische Arthroskopie	39
8	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	39
9	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	37
10	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	17
11	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	14
12	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	14
13	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	14
14	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	12
15	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	11
16	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	8
17	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	7
18	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	7
19	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	6
20	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	5
21	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	5

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	4
23	5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	< 4
24	5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	< 4
25	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	< 4
26	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
27	5-044	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär	< 4
28	5-097	Blepharoplastik	< 4
29	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	< 4
30	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	< 4

B-[1600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1600].11 Personelle Ausstattung

B-[1600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	21,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	3,74
Personal in der stationären Versorgung	17,98
Fälle je Vollkraft	151,78
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	16,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,14
Personal in der stationären Versorgung	13,93
Fälle je Vollkraft	195,91

B-[1600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie

B-[1600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF12 - Handchirurgie
2	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
5	ZF33 - Plastische Operationen
6	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
7	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
8	ZF44 - Sportmedizin

B-[1600].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	44,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	43,84
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,63

Personal in der ambulanten Versorgung	5,47
Personal in der stationären Versorgung	39
Fälle je Vollkraft	69,97

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,11
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,11
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,11
Fälle je Vollkraft	24809,09

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,62
Fälle je Vollkraft	4401,61

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,36
Fälle je Vollkraft	7580,56

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	2,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,44
Fälle je Vollkraft	1118,44

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,42
Fälle je Vollkraft	6497,62

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

Anzahl (in Vollkräften)	2,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,14
Fälle je Vollkraft	1275,23

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	2,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,8
Fälle je Vollkraft	974,64

B-[1600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ21 - Casemanagement
5	PQ12 - Notfallpflege

B-[1600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement

B-[1600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- u. minimalinvasive Chirurgie

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- u. minimalinvasive Chirurgie

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. med. Matthias Kapischke
Telefon	05241 8323202
Fax	05241 8323203
E-Mail	chirurgie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken-und-zentren/allgemein-und-viszeralchirurgie/

B-[1500].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-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC21 - Endokrine Chirurgie *Intraoperatives Nervenmonitoring*
2	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie *Interdisziplinäres Tumorzentrum, Tumorboard, Darmkrebszentrum (zertifiziert nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft)*
3	VC58 - Spezialsprechstunde *Schilddrüsensprechstunde, Koloproktologische Sprechstunde, Darmkrebssprechstunde, Leistenbruchsprechstunde*
4	VC00 - („Sonstiges“): Schmerztherapie *Postoperative Schmerztherapie in Form eines Schmerzdienstes der Klinik für Anästhesiologie (Schmerzvisite sowie Pain-Nurse).*
5	VP14 - Psychoonkologie
6	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
7	VC11 - Lungenchirurgie
8	VU00 - („Sonstiges“): Qualitätsstatitiken und Komplikationskonferenzen *klinikintern in regelmäßigen Abständen*
9	VC00 - („Sonstiges“): Onkologisches Zentrum *Seit 01.07.2014 nach Vorgaben der DKG zertifiziert.*
10	VC05 - Schrittmachereingriffe *in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin I (Kardiologie)*
11	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
12	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
13	VC24 - Tumorchirurgie *Schwerpunktmäßig gastrointestinale Tumore*
14	VC06 - Defibrillatoreingriffe *In Zusammenarbeit mit der Kardiologischen Klinik*

#	Medizinische Leistungsangebote
15	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen *Leistenhernienversorgung durch extraperitoneale Hernioplastik (TEP- und TAPP-Verfahren), Gallen-, Magen-, Dünn- und Dickdarmeingriffe*
16	VI00 - („Sonstiges“): Darmkrebszentrum *Die Klinik ist seit 2011 als Darmkrebszentrum nach DKG-Vorgabenzertifiziert.*
17	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
18	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
19	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
20	VI00 - („Sonstiges“): Pankreaszentrum
21	VD20 - Wundheilungsstörungen
22	VC00 - („Sonstiges“): Diabetesbetreuung *Professionelle Betreuung in Zusammenarbeit mit einer Diabetologin*
23	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
24	VC00 - („Sonstiges“): Robotische Chirurgie
25	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe

B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	982
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	177
2	K40	Hernia inguinalis	94
3	K35	Akute Appendizitis	93
4	K57	Divertikulose des Darmes	64
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	37
6	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	33
7	K43	Hernia ventralis	28

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	K42	Hernia umbilicalis	27
9	K81	Cholezystitis	18
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	17

B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-511	Cholezystektomie	238
2	5-469	Andere Operationen am Darm	229
3	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	164
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	140
5	5-470	Appendektomie	107
6	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	100
7	5-916	Temporäre Weichteildeckung	99
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	93
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	80
10	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	75
11	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	71
12	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	61
13	8-176	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss	53
14	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	48
15	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	44
16	5-546	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum	42
17	8-190	Spezielle Verbandstechniken	41
18	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	39
19	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	36
20	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	35
21	5-322	Atypische Lungenresektion	31

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	31
23	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	29
24	5-454	Resektion des Dünndarmes	29
25	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	29
26	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	28
27	5-471	Simultane Appendektomie	28
28	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	28
29	5-345	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]	28
30	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	27

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	*Sprechstunde für Privatpatienten mit allgemein- oder viszeralchirurgischen Erkrankungen und minimalinvasive Therapie.*
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Prä- und Postoperative Ambulanz *Sprechstunden für Patienten vor und nach einer stationären Behandlung.*

B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VC00 - („Sonstiges“)
2	Privatambulanz	VC06 - Defibrillatoreingriffe
3	Privatambulanz	VC21 - Endokrine Chirurgie
4	Privatambulanz	VC05 - Schrittmachereingriffe
5	Privatambulanz	VC58 - Spezialsprechstunde
6	Prä- und Postoperative Ambulanz	VC00 - („Sonstiges“)

#	Ambulanz	Leistung
7	Prä- und Postoperative Ambulanz	VC06 - Defibrillatoreingriffe
8	Prä- und Postoperative Ambulanz	VC21 - Endokrine Chirurgie
9	Prä- und Postoperative Ambulanz	VC05 - Schrittmachereingriffe

B-[1500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	22
2	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	13
3	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	10
4	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	7
5	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
7	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
8	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
9	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4

B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	9,89
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,89

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,66
Personal in der stationären Versorgung	8,23
Fälle je Vollkraft	119,32
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	6,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,34
Personal in der stationären Versorgung	5,9
Fälle je Vollkraft	166,44

B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie *Basisweiterbildung im Common Trunk: 24 Monate Weiterbildungsbefugnis*
2	AQ13 - Viszeralchirurgie *Weiterbildungsbefugnis: 48 Monate*
3	AQ07 - Gefäßchirurgie
4	AQ12 - Thoraxchirurgie *bis zur Pneumonektomie*

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie *Weiterbildungsbefugnis 24 Monate*
2	ZF34 - Proktologie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	21,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,31
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	21,88
Fälle je Vollkraft	44,88

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,05
Fälle je Vollkraft	19640

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,3
Fälle je Vollkraft	3273,33

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,18

Fälle je Vollkraft	5455,56

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,2
Fälle je Vollkraft	818,33

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,21
Fälle je Vollkraft	4676,19

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

Anzahl (in Vollkräften)	1,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,05
Fälle je Vollkraft	935,24

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,01

Fälle je Vollkraft	972,28

B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement
2	ZP15 - Stomamanagement
3	ZP20 - Palliative Care

B-[1500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2400] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	2425 - Frauenheilkunde
3	2405 - Frauenheilk./Schwerp. Hämatologie/internisti. Onkologie
4	2500 - Geburtshilfe

B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Wencke Ruhwedel
Telefon	05241 8324102
Fax	05241 8324103
E-Mail	gynaekologie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken-und-zentren/frauenheilkunde-und-geburtshilfe/

B-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden

Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse *Versorgung im Brustzentrum Gütersloh (zertifiziert nach den Vorgabendes Landes NRW); weitere Informationen unter www.brustzentrumguetersloh.de.*
2	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
3	VG19 - Ambulante Entbindung
4	VG00 - („Sonstiges“): Schmerztherapie *Postoperative Schmerztherapie in Form eines Schmerzdienstes der Klinikfür Anästhesiologie (Schmerzvisite sowie Pain-Nurse).*
5	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
6	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
7	VG05 - Endoskopische Operationen *z.B. Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH), totaleHysterketomie (TLH))*
8	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
9	VP14 - Psychoonkologie
10	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie *3D-/4D-Ultraschall, Amniocentese*
11	VG00 - („Sonstiges“): Versorgung von Neugeborenen
12	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse *Stanzbiopsie, stereotaktische Vakuumbiopsie, Ultraschall,Mammographie*
13	VG15 - Spezialsprechstunde *Brustsprechstunde, Dysplasiesprechstunde, Endometriosesprechstunde, Myomsprechstunde, Inkontinenzsprechstunde, GynäkologischeKrebssprechstunde sowie die Sprechstunde der speziellen Geburtshilfe*
14	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

#	Medizinische Leistungsangebote
15	VG07 - Inkontinenzchirurgie *alle abdominellen und vaginalen Verfahren, alle Band- und MESH-OPs;Versorgung im Inkontinenzzentrum*
16	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
17	VG06 - Gynäkologische Chirurgie *alle Verfahren, insbesondere endoskopischer minimalinvasiver Verfahren*
18	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
19	VG12 - Geburtshilfliche Operationen *sanfter Kaiserschnitt, VE, Forceps*
20	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
21	VG00 - („Sonstiges“): Onkologisches Zentrum *Seit Juli 2014 als Onkologisches Zentrum nach DKG-Vorgabenzertifiziert.*
22	VG00 - („Sonstiges“): Vaginale Entbindungen
23	VG00 - („Sonstiges“): Gynäkologisches Krebszentrum *Seit 2009 ist das Gynäkologische Krebszentrum nach OnkoZertzertifiziert.*
24	VG00 - („Sonstiges“): Zertifiziertes Kooperatives Brustkrebszentrum
25	VG00 - („Sonstiges“): Zertifiziert von Babyfreundlich
26	VG16 - Urogynäkologie

B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2583
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	616
2	O70	Dammriss unter der Geburt	183
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	163

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	151
5	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	105
6	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	79
7	O62	Abnorme Wehentätigkeit	75
8	O80	Spontangeburt eines Einlings	64
9	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	54
10	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	51

B-[2400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	818
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	772
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	528
4	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	456
5	5-749	Andere Sectio caesarea	323
6	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	161
7	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	149
8	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	121
9	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	90
10	5-661	Salpingektomie	88
11	5-738	Episiotomie und Naht	88
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	77
13	5-728	Vakuumentbindung	69
14	5-653	Salpingoovariektomie	67
15	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	55
16	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	54

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	5-469	Andere Operationen am Darm	45
18	5-983	Reoperation	38
19	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	37
20	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	36
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	36
22	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	33
23	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	33
24	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	30
25	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	30
26	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	30
27	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	28
28	8-179	Andere therapeutische Spülungen	28
29	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	26
30	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	24

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz *Dysplasiesprechstunde, Endometriosesrechstunde, Myomsprechstunde, Brustsprechstunde, Uro-Gynäkologische Sprechstunde*
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)	*Dysplasiesprechstunde bei Verdacht auf Carzinom. Geburtsplanung, Dopplersonographie innerhalb der Geburtshilfe; Auffällige Befunde und/oder Verdacht auf MammaCarzinom- Ultraschall oder Stanzbiopsie, Carzinome im Vaginalbereich*

B-[2400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
2	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
3	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	VG16 - Urogynäkologie
5	Privatambulanz	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
6	Privatambulanz	VC58 - Spezialsprechstunde

B-[2400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	140
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	118
3	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	99
4	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	81
5	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	45
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	26
7	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	23
8	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	20
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	11
10	5-469	Andere Operationen am Darm	9

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
11	5-661	Salpingektomie	8
12	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	7
13	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	4
14	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	4
15	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
16	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
17	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
18	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
19	5-881	Inzision der Mamma	< 4
20	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	< 4
21	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4

B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	10,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,37

Personal in der stationären Versorgung	9,38
Fälle je Vollkraft	275,37
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	7,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,88
Personal in der stationären Versorgung	6,54
Fälle je Vollkraft	394,95

B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ17 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
2	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie *Weiterbildungsbefugnis: 36 Monate, volle Ausbildung; 3 Fachärzte mit Schwerpunktbezeichnung*
3	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe *Weiterbildungsbefugnis: 60 Monate (volle Facharztausbildung)*

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
2	ZF27 - Naturheilverfahren
3	ZF02 - Akupunktur

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	24,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,21

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,38
Personal in der ambulanten Versorgung	0,56
Personal in der stationären Versorgung	24,03
Fälle je Vollkraft	107,49

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

Anzahl (in Vollkräften)	6,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	6,3
Fälle je Vollkraft	410

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,37
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,37
Fälle je Vollkraft	6981,08

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,22
Fälle je Vollkraft	11740,91

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	3,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,3

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,3
Fälle je Vollkraft	782,73

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,21
Fälle je Vollkraft	12300

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	9,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	9,49
Fälle je Vollkraft	272,18

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,51
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,51
Fälle je Vollkraft	5064,71

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,17
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,17
Fälle je Vollkraft	2207,69

B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement
2	ZP20 - Palliative Care
3	ZP23 - Breast Care Nurse

B-[2400].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2200] Klinik für Urologie

B-[2200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Urologie

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

B-[2200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.Doz. Dr.med. Marcus Horstmann
Telefon	05241 8324602
Fax	05241 8324603
E-Mail	urologie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/urologie.html

B-[2200].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-[2200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC20 - Nierenchirurgie
2	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis *Stoßwellenbehandlung (ESWL); Harnleiterendoskopie (URS) mitSteinzertrümmerung; Lasersteinzertrümmerung; perkutaneNierenchirurgie.*
3	VU14 - Spezialsprechstunde *Prostatasprechstunde, Inkontinenzsprechstunde; Im Rahmen der Diagnostik wird die MRT-Ultraschall-fusionierte Biopsie angeboten. Sexualberatung und Paartherapie*
4	VG07 - Inkontinenzchirurgie *(zertifiziert als Beratungsstelle der Deutschen Kontinenz Gesellschaft) Funktionsdiagnostik, konservative und operative Therapie, einschließlich Bandoperationen bei Frauen und Männern sowie Schließmuskelprothetik. Es ist eine ausgebildete Kontinenz-Pflegefachkraft vorhanden.*
5	VU13 - Tumorchirurgie *Leitlinienorientierte operative Behandlung der Tumoren der Harnblase, der Prostata, der Nieren und der männlichen Geschlechtsorgane (Peniskarzinom, Hodentumore) . Die modernen Harnblasen-Ersatzoperationen (Neo-Blase) sind Standard. Behandlung des Prostatakarzinoms, der Nieren- und Nierenbeckentumore*
6	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
7	VU17 - Prostatazentrum *Seit 2009 nach den Vorgaben der DKG zertifiziert und im Rahmen des Onkologischen Zentrums mehrfach rezertifiziert.*
8	VU18 - Schmerztherapie *Postoperative Schmerztherapie in Form eines Schmerzdienstes der Klinikfür Anästhesiologie (Schmerzvisite sowie Pain-Nurse).*
9	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten *Video-Endoskopie mit flexiblen Instrumenten; Sonographie inkl.transrektalem Ultraschall; Urodynamik; Urinlabor*
10	VO00 - („Sonstiges“): Harninkontinenz *Inkontinenzsprechstunde (zertifiziert als Beratungsstelle der Deutschen Kontinenz Gesellschaft). Operative Therapie mittels Bandoperationen oder Schließmuskelprothetik*

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen *Roboterassistierte minimalinvasive Operationsverfahren. Minimal-invasive Radikaloperation beim Prostatakrebs ist als Standardverfahren etabliert. Durchführung laparoskopischer minimal-invasive roboterassistierte Nierenbeckenplastik. Laparoskopische Behandlung der Hodenkrampfader.*
12	VZ00 - („Sonstiges“): Teilnahme PCO-Studie *Im Rahmen des Prostatakrebszentrums nimmt die Klinik an der PCO-Studie teil. In dieser Studie wird erstmalig die Lebensqualität von Patienten mit Prostatakarzinom mit einem weltweit einheitlichen Patientenfragebogen gemessen und ausgewertet.*
13	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase *Seit 2021 roboterassistierte Operationen, wie laparoskopische Nierenbeckenplastik, laparoskopische Rekonstruktion von Harnleiterstenosen, Harnleiterneuimplantationen.*
14	VU00 - („Sonstiges“): Diagnostik *Funktionsdiagnostik, konservative und operative Therapie, einschließlichBandoperationen bei Frauen und Männern sowie Schließmuskelprothetik.*
15	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen *Seit 2021 roboterassistierte Operationsverfahren, wie die minimal-invasive Radikaloperation beim Prostatakrebs. Ebenso erfolgt die Entfernung von Nierentumoren, wenn möglich organerhaltend, Nierenbecken- und Harnleitertumoren. Laparoskopische minimal-invasive roboterassistierte Nierenbeckenplastik.*
16	VO00 - („Sonstiges“): Onkologisches Zentrum und Prostatakrebszentrum *Nach den Vorgaben der DKG zertifiziert.*
17	VU00 - („Sonstiges“): Harnsteine *Stoßwellenbehandlung (ESWL), Harnleiterendoskopie (URS) mit Steinzertrümmerung und Lasersteinzertrümmerung; perkutane Nierenchirurgie (flexibel und semirigide).*
18	VU00 - („Sonstiges“): Behandlung von Tumoren *Leitlinienorientierte operative Behandlung der Tumoren der Harnblase, derProstata, der Nieren und der männlichen Geschlechtsorgane. Diemodernen Harnblasen-Ersatzoperationen (Neo-Blase) sind Standard.Behandlung des Prostatakarzinoms, der Nieren- undNierenbeckentumore.*
19	VP14 - Psychoonkologie
20	VU00 - („Sonstiges“): Prostatavergrößerung *Prostatavergrößerung Funktionsdiagnostik, konservative und operative Therapie. Enukleation der Prostata mittels Holmium-Laser. Transurethrale Resektionsverfahren.*

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems *Funktionsdiagnostik, konservative und operative Therapie, endoskopische Operation bei gutartiger Vergrößerung der Prostata; Bandoperationen bei Frauen und Männern sowie Schließmuskelprothetik bei Harninkontinenz. Angebot der operativen Therapie der erektilen Dysfunktion (Schwellkörperimplantate).*
22	VU00 - („Sonstiges“): Harninkontinenz *Es werden konservative und operative Behandlungen der Harninkontinenz wie z.B. Pessar-Therapie, Bandplastiken und Schließmuskelprothetik angeboten.*
23	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
24	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
25	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
26	VU08 - Kinderurologie *Diagnostik und Therapie der urologischen Erkrankungen des Kindes mitAusnahme komplexer Fehlbildungen.*
27	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
28	VG16 - Urogynäkologie
29	VU00 - („Sonstiges“): Sexualberatung und Paartherapie *Sexualberatung und Paartherapie Diagnostik und Therapie sexueller Funktionsstörungen*
30	VU00 - („Sonstiges“): KV-Ermächtigung für urologische Leistungen *(auf Zuweisung von niedergelassenen Urologen)*
31	VU00 - („Sonstiges“): Durchführung von vor- und nachstationären Leistungen
32	VU00 - („Sonstiges“): Urologische Notfallversorgung vorhanden *Vorhaltung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes für urologische Notfälle*

B-[2200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1726
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Nieren- und Ureterstein	548

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	193
3	N40	Prostatahyperplasie	125
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	111
5	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	109
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	94
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	53
8	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	36
9	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	31
10	N45	Orchitis und Epididymitis	21

B-[2200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	665
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	527
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	337
4	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	258
5	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	239
6	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	187
7	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	171
8	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	117
9	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	80
10	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	69
11	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	58
12	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	56
13	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	54

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
14	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	48
15	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	48
16	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	48
17	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	38
18	5-572	Zystostomie	31
19	5-640	Operationen am Präputium	30
20	5-554	Nephrektomie	30
21	5-553	Partielle Resektion der Niere	25
22	5-983	Reoperation	24
23	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	23
24	5-916	Temporäre Weichteildeckung	18
25	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	18
26	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	18
27	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	16
28	5-576	Zystektomie	16
29	5-565	Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma)	16
30	5-624	Orchidopexie	15

B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz *Sprechstunde für Privatpatienten*
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)	Sprechstunde für urologische Erkrankungen *Patienten mit urologischen Erkrankungen werden in der Sprechstunde durch niedergelassene Urologen überwiesen.*

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
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)	Prostatakarzinomsprechstunde *Sprechstunde für Patienten und Angehörige zum Prostatakarzinom*

B-[2200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
2	Privatambulanz	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
3	Privatambulanz	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
4	Privatambulanz	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
5	Privatambulanz	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
6	Privatambulanz	VU14 - Spezialsprechstunde
7	Privatambulanz	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
8	Privatambulanz	VG16 - Urogynäkologie
9	Prostatakarzinomsprechstunde	VU17 - Prostatazentrum
10	Sprechstunde für urologische Erkrankungen	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

B-[2200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	283
2	5-640	Operationen am Präputium	37
3	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	36
4	5-611	Operation einer Hydrocele testis	19

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	10
6	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	9
7	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	8
8	5-624	Orchidopexie	8
9	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	7
10	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	6
11	5-572	Zystostomie	5

B-[2200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2200].11 Personelle Ausstattung

B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	11,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,3
Personal in der stationären Versorgung	9,77
Fälle je Vollkraft	176,66
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	5,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,48

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,6
Personal in der stationären Versorgung	4,88
Fälle je Vollkraft	353,69

B-[2200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie *Weiterbildungsbefugnis (60 Monate)*

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
2	ZF66 - Sexualmedizin
3	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
4	ZF04 - Andrologie

B-[2200].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	25,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,35
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	25,07
Fälle je Vollkraft	68,85

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,06
Fälle je Vollkraft	28766,67

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,34
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,34
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,34
Fälle je Vollkraft	5076,47

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,2
Fälle je Vollkraft	8630

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,64
Fälle je Vollkraft	1052,44

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,73
Fälle je Vollkraft	2364,38

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

Anzahl (in Vollkräften)	1,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,18
Fälle je Vollkraft	1462,71

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,13
Fälle je Vollkraft	1527,43

B-[2200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP20 - Palliative Care
2	ZP13 - Qualitätsmanagement

B-[2200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1800] Klinik für Gefäßchirurgie

B-[1800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Gefäßchirurgie

B-[1800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1800 - Gefäßchirurgie

B-[1800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Fahed Kazkaz
Telefon	05241 8324202
Fax	05241 8324203
E-Mail	gefaesschirurgie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Güterlsoh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/gefaesschirurgie.html

B-[1800].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-[1800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen *Die Klinik führt die konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen mit intraarterieller Lyse oder intravenöser und intraarterieller Behandlung mit durchblutungsfördernden Medikamenten durch. Ferner kommt in geeigneten Fällen die radiologisch-intervention zum Einsatz.*
2	VC30 - Septische Knochenchirurgie
3	VC62 - Portimplantation *Die Klinik führt in hohem Umfang die ambulante (ggf. auch stationäre)Implantation von venösen Katheterverweilsystemen oder Port-Systemen zur Chemotherapie oder zur parenteralen Ernährungstherapie durch.*
4	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin *Im Rahmen der Common-Trunk Ausbildung erfolgen regelmäßig Rotationen gefäßchirurgisch zugeordneter Weiterbildungsassistenten auf die interdisziplinäre, operative Intensivstation.*
5	VX00 - („Sonstiges“): Gefäßzentrum DGR und DGG *Seit April 2015 ist die Abteilung durch die Deutsche Fachgesellschaft Radiologie und die Deutsche Fachgesellschaft der Gefäßchirurgie als Gefäßzentrum zertifiziert.*
6	VC61 - Dialyseshuntchirurgie *Die Klinik führt die Anlage oder Korrekturoperationen von Dyalyse-Shunts sowohl mit Venen- als auch mit Kunststoffprothesen durch, ebenso die Implantation von Verweilkathetern zur Dialyse.*
7	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen *Die Klinik führt sämtliche typischen Operationen der klassischen Gefäßchirurgie durch, außer thorakale Eingriffe und Eingriffe, bei denen eine Herz-Lungen-Maschine benötigt wird. Ein besonderer Schwerpunkt der Klinik sind hybridchirurgische Operationstechniken.*
8	VC71 - Notfallmedizin *Eine Notfallversorgung gefäßchirurgischer Patienten wird vollumfänglich vorgehalten. Die Patienten werden dabei in einer gefäßchirurgischen Dringlichkeitssprechstunde sowie der zentralen Notaufnahme versorgt. Die gefäßchirurgische Notfallversorgung wird dabei durchgehend angeboten.*
9	VC58 - Spezialsprechstunde *Der Klinik für Gefäßchirurgie ist eine umfängliche KV-Ermächtigungssprechstunde sowie eine Privatsprechstunde angegliedert.*

#	Medizinische Leistungsangebote
10	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie *Die Klinik behandelt sämtliche Formen des infrarenalen Aortenaneurysmas: Thorakale Aneurysmen oder thorako abdominelle Aneurysmen können endovaskulär oder offen behandelt werden.*
11	VC63 - Amputationschirurgie
12	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren *Spezialsprechstunde Chronische Wunden, Wundsprechstunde, VAC-Therapie,Ambulantes Wundsiegel*
13	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen *Die Klinik führt sowohl die Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen durch; bei der Diagnostik und Therapie von Thrombosen stellt die Klinik ein regionales Kompetenzzentrum dar, wobei sowohl ambulante Therapie als auch operative Thrombektomie und Lyse zur Anwendung kommen.*
14	VX00 - („Sonstiges“): Wundmanagement nach ICW Wundsiegel *Wir haben drei Wundmanager, die sowohl ambulant als auch stationär die Patienten betreuen.*
15	VR04 - Duplexsonographie

B-[1800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1105
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	542
2	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	113
3	A46	Erysipel [Wundrose]	70
4	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	59
5	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	47
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	38
7	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	31
8	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	28

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	I83	Varizen der unteren Extremitäten	25
10	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	24

B-[1800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-381	Endarteriektomie	709
2	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	634
3	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	539
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	349
5	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	305
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	220
7	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	186
8	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	177
9	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	140
10	5-388	Naht von Blutgefäßen	134
11	5-916	Temporäre Weichteildeckung	127
12	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	124
13	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	92
14	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	90
15	8-83c	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention	87
16	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	86
17	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	86
18	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	80
19	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	78
20	8-849	(Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents	74
21	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	70

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	70
23	8-190	Spezielle Verbandstechniken	69
24	5-983	Reoperation	63
25	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	52
26	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	40
27	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	36
28	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	31
29	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	29
30	5-389	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen	28

B-[1800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Sprechstunde für Privatpatienten
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ für Gefäßchirurgie
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[1800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
2	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
3	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	MVZ für Gefäßchirurgie	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	MVZ für Gefäßchirurgie	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
6	Sprechstunde für Privatpatienten	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
7	Sprechstunde für Privatpatienten	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

B-[1800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	320
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	170
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	< 4

B-[1800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1800].11 Personelle Ausstattung

B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	9,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,67
Personal in der stationären Versorgung	7,9
Fälle je Vollkraft	139,87
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	6,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,23

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,91
Personal in der stationären Versorgung	5,32
Fälle je Vollkraft	207,71

B-[1800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie *Weiterbildungsbefugnis (24 Monate) im Rahmen der Common Trunk*
2	AQ07 - Gefäßchirurgie *Volle Weiterbildungsbefugnis (48 Monate)*

B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1800].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	25,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,37
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	25,75
Fälle je Vollkraft	42,91

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,06

Fälle je Vollkraft	18416,67

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,36
Fälle je Vollkraft	3069,44

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Anzahl (in Vollkräften)	0,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,21
Fälle je Vollkraft	5261,9

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,41
Fälle je Vollkraft	783,69

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,24
Fälle je Vollkraft	4604,17

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

Anzahl (in Vollkräften)	1,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,24
Fälle je Vollkraft	891,13

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,87
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,87
Fälle je Vollkraft	590,91

B-[1800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement

B-[1800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2600] Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	HNO Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Alexis Bremer
Telefon	05241 29080
Fax	05241 29009
E-Mail	hno@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Straße
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/hals-nasen-ohrenheilkunde/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	HNO Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jens Heine
Telefon	05241 29080
Fax	05241 29009
E-Mail	hno@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Straße
Hausnummer	19

PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/hals-nasen-ohrenheilkunde/

B-[2600].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	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
2	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
3	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
4	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
5	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
6	VX00 - („Sonstiges“): Tonsillektomie (Mandeloperation) *Blutungsfreie und schmerzreduzierte Entfernung der Gaumenmandeln durch Coplations-Chirurgie*
7	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
8	VH25 - Schnarchoperationen
9	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
10	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
11	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
12	VH04 - Mittelohrchirurgie
13	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
14	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
15	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
16	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
18	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
19	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
20	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
21	VH05 - Cochlearimplantation
22	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren

B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	101
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J32	Chronische Sinusitis	64
2	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	26
3	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	5
4	M95	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	< 4
5	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
6	J33	Nasenpolyp	< 4
7	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
8	T88	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[2600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	75
2	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	64

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	61
4	5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	20
5	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	5
6	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
7	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
8	5-275	Palatoplastik	< 4
9	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	< 4
10	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	< 4
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
12	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 4
13	5-211	Inzision der Nase	< 4
14	1-420	Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle	< 4
15	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	< 4
16	1-414	Biopsie ohne Inzision an der Nase	< 4

B-[2600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	2

Fälle je Vollkraft	50,5

B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF03 - Allergologie

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,39
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,39
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,39
Fälle je Vollkraft	258,97

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,01
Fälle je Vollkraft	10100

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,02

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,02
Fälle je Vollkraft	5050

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,02
Fälle je Vollkraft	5050

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,02
Fälle je Vollkraft	5050

B-[2600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[2600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600] Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

B-[3600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin
2	3753 - Schmerztherapie

B-[3600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. Thomas Grau
Telefon	05241 8323102
Fax	05241 8323103
E-Mail	anaesthesie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken-und-zentren/anaesthesiologie/

B-[3600].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-[3600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI20 - Intensivmedizin
2	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
3	VR02 - Native Sonographie
4	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
5	VR04 - Duplexsonographie
6	VC69 - Verbrennungschirurgie
7	VC71 - Notfallmedizin
8	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
9	VI42 - Transfusionsmedizin
10	VI40 - Schmerztherapie *Die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin verfügt zusätzlich über die Weiterbildungsermächtigung zur Speziellen Schmerztherapie.*
11	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
12	VC24 - Tumorchirurgie

B-[3600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	807
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	266
3	8-900	Intravenöse Anästhesie	236

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	197
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	138
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	107
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	76
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	49
9	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	40
10	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	22
11	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	22
12	8-853	Hämofiltration	14
13	5-311	Temporäre Tracheostomie	9
14	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	9
15	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	7
16	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	7
17	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	4
18	8-901	Inhalationsanästhesie	< 4

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Anästhesiesprechstunde für alle operierende Fächer
2	AM07 - Privatambulanz	Schmerzsprechstunde

B-[3600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Anästhesiesprechstunde für alle operierende Fächer	VX00 - („Sonstiges“)
2	Anästhesiesprechstunde für alle operierende Fächer	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
3	Anästhesiesprechstunde für alle operierende Fächer	VR02 - Native Sonographie

#	Ambulanz	Leistung
4	Anästhesiesprechstunde für alle operierende Fächer	VC71 - Notfallmedizin
5	Schmerzsprechstunde	VX00 - („Sonstiges“)

B-[3600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	26,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02
Personal in der ambulanten Versorgung	5,56
Personal in der stationären Versorgung	21,12
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	11,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02
Personal in der ambulanten Versorgung	1,64
Personal in der stationären Versorgung	9,78
Fälle je Vollkraft	0

B-[3600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie *Weiterbildungsbefugnis (60 Monate)*

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin *Weiterbildung 24 Monate*
2	ZF28 - Notfallmedizin *Weiterbildung 6 Monate*
3	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie *Weiterbildung 12 Monate*
4	ZF69 - Transplantationsmedizin
5	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	14,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	14,44
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,86
Fälle je Vollkraft	0

B-[3600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches *900 Theoriestunden, Präsenzphasen und 40 Stunden Praktikum über 2 Jahre*
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege *entspricht 720 Stunden à 45 Minuten Theorie und 2100 Stunden à 60Minuten Praxis*
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ01 - Bachelor

B-[3600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP22 - Atmungstherapie

B-[3600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3751] Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Magnetresonanztomographie

B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Magnetresonanztomographie

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

B-[3751].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Boris Buerke
Telefon	05241 8323602
Fax	05241 8323603
E-Mail	radiologie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	http://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken-und-zentren/diagnostische-und-interventionelle-radiologie/

B-[3751].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	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

§ 135c SGB V

B-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	VR02 - Native Sonographie
3	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
4	VR04 - Duplexsonographie *Im Rahmen der Gefäß- und Tumordiagnostik*
5	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
6	VR06 - Endosonographie
7	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) *Die Klinik der Radiologie führt im Rahmen des Mammographiescreenings auch Vakuumstanzbiopsien durch*
8	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung *Im Rahmen der Gefäß- und Tumordiagnostik*
9	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
10	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
11	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
12	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren *CT-gesteuerte Tumorbiopsien im Bereich von Weichteilen und Skeltett, Abzeßdrinagen, Funktionsdiagnostik mit Organdarstellung in denen unterschiedlichen Perfusionsphasen, Clographien mit 3D-Analyse, Hirnperfusionsstudien, Herzdiagnostik mittels CT, Knochendichtemessung etc.*
13	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ *Darstellung des gesamten Körpers einschließlich Neurocranium*
14	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel *Darstellung des gesamten Körpers einschließlich Neurocranium. VR02 Native*
15	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren *MRT-Angiographie sämtlicher arterieller Gefäßprovinzen einschließlich der Supraarteriellen Gefäße der intrakraniellen Gefäße, der intrakraniellen Gefäße, der Extremitätenarterien, der Thorax- und Abdominalgefäße. MRT-Venographien,*

#	Medizinische Leistungsangebote
16	VR15 - Arteriographie *Darstellung sämtlicher Organsysteme außer der Herzdiagnostik. Übersichtsangiographie, selektive und supraselektive Gefäßdarstellung, Funktionsdiagnostik*
17	VR16 - Phlebographie *Phlebographien der Extremitäten (Arm- und Beinphlebographien, Darstellung der großen intraabdominellen Venen, selektive Phlebographien, z.B. im Rahmen der urologischen Diagnostik.*
18	VR17 - Lymphographie
19	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren) *CT-basierte Knochendichtemessung*
20	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
21	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
22	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
23	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
24	VR40 - Spezialsprechstunde
25	VR41 - Interventionelle Radiologie
26	VR45 - Intraoperative Bestrahlung
27	VR00 - („Sonstiges“): Patientensprechstunde *Nach Vereinbarung mit Bild- und Befunderläuterung und Stellungnahme zu radiologischen, therapeutischen Maßnahmen*
28	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
29	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT-Tomographie*
30	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
31	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

#	Medizinische Leistungsangebote
32	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
33	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
34	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
35	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
36	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
37	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
38	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
39	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
40	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
41	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

#	Medizinische Leistungsangebote
42	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
43	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
44	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
45	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
46	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
47	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
48	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
49	VR47 - Tumorembolisation
50	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
51	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
52	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

#	Medizinische Leistungsangebote
53	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
54	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
55	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
56	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
57	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
58	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
59	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
60	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
61	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
62	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

#	Medizinische Leistungsangebote
63	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
64	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
65	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
66	VK03 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
67	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
68	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
69	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
70	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
71	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
72	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

#	Medizinische Leistungsangebote
73	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
74	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
75	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
76	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
77	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
78	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
79	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
80	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
81	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
82	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

#	Medizinische Leistungsangebote
83	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
84	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
85	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
86	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
87	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
88	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
89	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
90	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
91	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
92	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

#	Medizinische Leistungsangebote
93	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
94	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
95	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
96	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
97	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
98	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
99	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
100	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
101	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
102	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

#	Medizinische Leistungsangebote
103	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
104	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
105	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
106	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
107	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
108	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
109	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
110	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
111	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
112	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

#	Medizinische Leistungsangebote
113	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
114	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*
115	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen *im Rahmen der Röntgendiagnostik, einschließlich CT (Computertomographie) und interventionellen Radiologie der Sonographie und MRT Tomographie*

B-[3751].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3751].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	7111
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1973
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1463
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	1162
5	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	678
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	587
7	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	545
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	394
9	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	379
10	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	377
11	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	368

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	339
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	270
14	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	248
15	3-206	Native Computertomographie des Beckens	247
16	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	243
17	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	194
18	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	192
19	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	140
20	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	140
21	3-100	Mammographie	120
22	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	117
23	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	108
24	3-13f	Zystographie	108
25	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	99
26	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	95
27	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	95
28	3-13m	Fistulographie	95
29	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	82
30	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	77

B-[3751].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)	Sprechstunde für sämtliche Röntgenverfahren im Rahmen der Ermächtigung *Angiographie, Phlebographie, interventionelle Maßnahmen, konventionelle Technik, Mammographie, Computertomographie einschließlich interventioneller Maßnahmen (sämtliche Röntgenverfahren).*

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz *Sprechstunde für Privatpatienten*

B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VR15 - Arteriographie
2	Privatambulanz	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3	Privatambulanz	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
4	Privatambulanz	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
5	Privatambulanz	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
6	Privatambulanz	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
7	Privatambulanz	VR04 - Duplexsonographie
8	Privatambulanz	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
9	Privatambulanz	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
10	Privatambulanz	VR41 - Interventionelle Radiologie
11	Privatambulanz	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
12	Privatambulanz	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
13	Privatambulanz	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
14	Privatambulanz	VR17 - Lymphographie
15	Privatambulanz	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
16	Privatambulanz	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
17	Privatambulanz	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
18	Privatambulanz	VR02 - Native Sonographie
19	Privatambulanz	VR16 - Phlebographie

#	Ambulanz	Leistung
20	Privatambulanz	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
21	Privatambulanz	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
22	Privatambulanz	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
23	Privatambulanz	VR40 - Spezialsprechstunde
24	Privatambulanz	VR47 - Tumorembolisation
25	Sprechstunde für sämtliche Röntgenverfahren im Rahmen der Ermächtigung	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen

B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3751].11 Personelle Ausstattung

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	11,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	3,87
Personal in der stationären Versorgung	8,01
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	1,88
Personal in der stationären Versorgung	2,12
Fälle je Vollkraft	0

B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie *Weiterbildungsbefugnis 60 Monate*
2	AQ56 - Radiologie, SP Neuroradiologie

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[3751].11.2 Pflegepersonal

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,97
Fälle je Vollkraft	0

B-[3751].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3751].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3751].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3300] Klinik für Radioonkologie und Nuklearmedizin

B-[3300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Radioonkologie und Nuklearmedizin

B-[3300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3300 - Strahlenheilkunde
2	3200 - Nuklearmedizin

B-[3300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Thomas Riedel
Telefon	05241 8324500
Fax	05241 8324503
E-Mail	radioonkologie@klinikum-guetersloh.de
Strasse	Reckenberger Str.
Hausnummer	19
PLZ	33332
Ort	Gütersloh
URL	https://www.klinikum-guetersloh.de/kliniken/radioonkologie-und-nuklearmedizin/

B-[3300].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	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR31 - Orthovoltstrahlentherapie
2	VR45 - Intraoperative Bestrahlung
3	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
4	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
5	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
6	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie
7	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
8	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
9	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
10	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
11	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
12	VR18 - Szintigraphie

B-[3300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	148 Fallzahl

B-[3300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	408
2	3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems	55
3	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	52
4	8-521	Orthovoltstrahlentherapie	46
5	3-706	Szintigraphie der Nieren	28

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	21
7	3-703	Szintigraphie der Lunge	19
8	3-709	Szintigraphie des Lymphsystems	16
9	8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	9
10	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	5
11	3-70c	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	< 4
12	8-524	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	< 4

B-[3300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ für Nuklearmedizin
2	AM07 - Privatambulanz	Ambulante Sprechstunde für Privatpatienten für das Leistungsspektrum der Radioonkologie *Sprechstunde für Privatpatienten der Radioonkologie (VR00)*

B-[3300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	MVZ für Nuklearmedizin	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
2	MVZ für Nuklearmedizin	VR18 - Szintigraphie

B-[3300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3300].11 Personelle Ausstattung

B-[3300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	0,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,65
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	0,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,65
Fälle je Vollkraft	0

B-[3300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ44 - Nuklearmedizin *Weiterbildungsbefugnis (36 Monate Basisweiterbildung)*
2	AQ58 - Strahlentherapie *Volle Weiterbildungsbefugnis*

B-[3300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3300].11.2 Pflegepersonal

B-[3300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3300].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	145
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	145
09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	22
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	22
09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	13
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	13
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	
Fallzahl	29
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	29
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	
Fallzahl	28
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	28
09/6 - Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	13
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	13
10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	119
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	119
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	245
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	245
16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	848
Dokumentationsrate	100,47
Anzahl Datensätze Standort	852
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	74
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	74
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	212
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	212
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	202
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	202
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	153
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	153
HEP_IMP - Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	149
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	149
HEP_WE - Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	60
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	60
KEP_IMP - Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	55
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	55
KEP_WE - Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
NEO - Neonatologie	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	1743
Dokumentationsrate	97,13
Anzahl Datensätze Standort	1693
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	354
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	354

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt	
Ergebnis-ID	**51846**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,10
Vertrauensbereich bundesweit	97,99 - 98,19
Rechnerisches Ergebnis	96,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,36 - 98,80

Fallzahl

Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	126

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

2. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

Ergebnis-ID	**52330**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses

	Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,44
Vertrauensbereich bundesweit	99,32 - 99,54
Rechnerisches Ergebnis	97,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,43 - 99,61

Fallzahl

Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	44

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**52279**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem

Fachlicher Hinweis IQTIG	Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,77 - 99,01
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,47 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

4. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezuvollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	**2163**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation,

Fachlicher Hinweis IQTIG	medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,09
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,19
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	17
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

5. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	**50719**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens

Fachlicher Hinweis IQTIG	nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,17
Vertrauensbereich bundesweit	3,67 - 4,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Ergebnis-ID	**51847**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der

	Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,11
Vertrauensbereich bundesweit	96,92 - 97,29
Rechnerisches Ergebnis	94,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,57 - 97,82

Fallzahl

Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	68

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

7. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	**51370**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,54
Vertrauensbereich bundesweit	2,41 - 2,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 9,52 % (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. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

Ergebnis-ID	**60659**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	10,67
Vertrauensbereich bundesweit	10,42 - 10,92
Rechnerisches Ergebnis	26,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,00 - 36,38

Fallzahl

Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	26
Kommentar Krankenhaus	Die Daten für das nachfolgende Kalenderjahr sind unauffällig.

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 22,48 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Ergebnis-ID	**211800**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,46
Vertrauensbereich bundesweit	99,40 - 99,52
Rechnerisches Ergebnis	98,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,44 - 99,82

Fallzahl

Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	97

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 97,41 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**2005**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,13
Vertrauensbereich bundesweit	99,09 - 99,16
Rechnerisches Ergebnis	99,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,51 - 99,71

Fallzahl

Grundgesamtheit	350
Beobachtete Ereignisse	347

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,16
Vertrauensbereich bundesweit	99,13 - 99,20
Rechnerisches Ergebnis	99,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,50 - 99,71

Fallzahl

Grundgesamtheit	349
Beobachtete Ereignisse	346

12. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**2007**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,44
Vertrauensbereich bundesweit	98,24 - 98,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

13. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232000_2005**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,85 - 98,95
Rechnerisches Ergebnis	99,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,07 - 99,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	110

14. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232001_2006**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen

Fachlicher Hinweis IQTIG	jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,89 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	99,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,07 - 99,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	110

15. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232002_2007**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,81
Vertrauensbereich bundesweit	97,41 - 98,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

16. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**2009**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	90,98
Vertrauensbereich bundesweit	90,82 - 91,14
Rechnerisches Ergebnis	95,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,12 - 98,26

Fallzahl

Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	86

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

17. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**232003_2009**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	66,88
Vertrauensbereich bundesweit	66,70 - 67,06
Rechnerisches Ergebnis	47,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	42,04 - 53,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	307
Beobachtete Ereignisse	146

18. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Ergebnis-ID	**2013**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des

	festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	92,29 - 92,59
Rechnerisches Ergebnis	89,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,34 - 93,56

Fallzahl

Grundgesamtheit	120
Beobachtete Ereignisse	107

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232004_2013**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%

Bundesergebnis	92,77
Vertrauensbereich bundesweit	92,56 - 92,97
Rechnerisches Ergebnis	87,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,98 - 93,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	48

20. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	**2028**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,55
Vertrauensbereich bundesweit	96,47 - 96,63
Rechnerisches Ergebnis	98,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,17 - 99,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	264
Beobachtete Ereignisse	260

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

21. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	**232005_2028**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,74
Vertrauensbereich bundesweit	95,61 - 95,86
Rechnerisches Ergebnis	98,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,92 - 99,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	75

22. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren	
Ergebnis-ID	**2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,78
Vertrauensbereich bundesweit	98,74 - 98,83
Rechnerisches Ergebnis	98,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,66 - 99,61

Fallzahl

Grundgesamtheit	260
Beobachtete Ereignisse	257

23. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232006_2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,58 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	97,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,79 - 99,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	75
Beobachtete Ereignisse	73

24. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	**50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 1,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,01 (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. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**232007_50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 0,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	308
Beobachtete Ereignisse	10

Erwartete Ereignisse	20,02

26. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

Ergebnis-ID	**232010_50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 1,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	218
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	13,83

27. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht

berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	**231900**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	17,66
Vertrauensbereich bundesweit	17,46 - 17,85
Rechnerisches Ergebnis	10,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,29 - 17,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	12

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

Ergebnis-ID	**232008_231900**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es

	keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,18
Vertrauensbereich bundesweit	18,04 - 18,31
Rechnerisches Ergebnis	9,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,55 - 12,62

Fallzahl

Grundgesamtheit	350
Beobachtete Ereignisse	32

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

Ergebnis-ID	**50722**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,72
Vertrauensbereich bundesweit	96,66 - 96,78
Rechnerisches Ergebnis	99,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,38 - 99,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	346

Beobachtete Ereignisse	345

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

30. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232009_50722**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,66
Vertrauensbereich bundesweit	96,57 - 96,75
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,60 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	109
Beobachtete Ereignisse	109

31. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**54020**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,97
Vertrauensbereich bundesweit	97,89 - 98,05
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,73 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	49

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

32. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**54021**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,52
Vertrauensbereich bundesweit	97,31 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

33. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**54022**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit

	Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,75 - 92,72
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54123**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,55 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	**50481**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,20
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,54
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,45 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
Ergebnis-ID	**54124**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,53

Fallzahl

Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,20 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	**54125**

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,19
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 14,29 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54028**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,22
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,22

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,66 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	**54127**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	**101803**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen.

Fachlicher Hinweis IQTIG	Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni sationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizi enz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. ? Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. ? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,40
Vertrauensbereich bundesweit	96,26 - 96,54
Rechnerisches Ergebnis	94,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,49 - 97,18

Fallzahl

Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	137

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

41. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Ergebnis-ID	**54140**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens

Fachlicher Hinweis IQTIG	nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni sationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewer tet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herz schrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. ? Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. ? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364
Einheit	%
Bundesergebnis	99,54
Vertrauensbereich bundesweit	99,49 - 99,59
Rechnerisches Ergebnis	97,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,18 - 99,18

Fallzahl

Grundgesamtheit	125
Beobachtete Ereignisse	122

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

42. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)

Ergebnis-ID	**52139**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit

Fachlicher Hinweis IQTIG	einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herz schrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herz schrittmacher-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei gerin gen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechneri sche Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten ? Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Ge raedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Kran kenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,41
Vertrauensbereich bundesweit	88,20 - 88,62
Rechnerisches Ergebnis	79,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 84,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	167
Beobachtete Ereignisse	132
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	**101800**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies

Fachlicher Hinweis IQTIG	führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 0,98

Fallzahl

Grundgesamtheit	144
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	11,54

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.

Ergebnis-ID	**52305**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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 Revi sion, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschritt machers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Prob lem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsyste matisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten ? Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kranken haus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,38
Vertrauensbereich bundesweit	95,30 - 95,46
Rechnerisches Ergebnis	93,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,69 - 94,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	552
Beobachtete Ereignisse	514

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

45. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

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

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	**52311**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,42
Vertrauensbereich bundesweit	1,34 - 1,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID	**101802**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%

Bundesergebnis	53,31
Vertrauensbereich bundesweit	52,95 - 53,67
Rechnerisches Ergebnis	30,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	23,45 - 38,26

Fallzahl

Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	44

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

Ergebnis-ID	**51191**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	2,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,57 - 7,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**52307**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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 Revi sion, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschritt machers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Prob lem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsyste matisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten ? Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kranken haus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,64
Vertrauensbereich bundesweit	98,54 - 98,72

Rechnerisches Ergebnis	99,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,16 - 99,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	112

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**111801**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**121800**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,60 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 22,81

Fallzahl

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. Patientinnen und Patienten, 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,19
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 115,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	**50055**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuel len Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herz tods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Stu dien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricu-lar Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.
Einheit	%
Bundesergebnis	91,97
Vertrauensbereich bundesweit	91,58 - 92,34
Rechnerisches Ergebnis	96,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,29 - 99,37

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	27

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

55. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen	
Ergebnis-ID	**50005**

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuel len Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisati onstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäi schen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Gli kson et al. 2021, McDonagh 2021, Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. ? Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. ? Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. ? McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368. ? Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias
Einheit	%
Bundesergebnis	97,70
Vertrauensbereich bundesweit	97,49 - 97,90
Rechnerisches Ergebnis	92,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,35 - 98,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	26

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

Ergebnis-ID	**52131**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Ag gregatwechsel 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	91,55
Vertrauensbereich bundesweit	91,22 - 91,86
Rechnerisches Ergebnis	90,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,42 - 96,05

Fallzahl	
Grundgesamtheit	55

Beobachtete Ereignisse	50

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,66

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,53 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**52316**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenann-ten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibril-lators 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: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,26
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,40

Rechnerisches Ergebnis	96,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,26 - 98,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	97

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

59. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**131802**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID	**131803**

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	53,76
Vertrauensbereich bundesweit	53,05 - 54,48
Rechnerisches Ergebnis	22,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,61 - 40,76

Fallzahl

Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	6

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 37,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	**52321**
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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation,

Fachlicher Hinweis IQTIG	medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel 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	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,66 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	160
Beobachtete Ereignisse	160
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,26
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,80 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**151800**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen.

	Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,41
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,70
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 22,81

Fallzahl

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**52324**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%

Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,48 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**51196**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine

	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 54,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	**54030**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	9,11
Vertrauensbereich bundesweit	8,88 - 9,35
Rechnerisches Ergebnis	10,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,58 - 19,91

Fallzahl	
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
Ergebnis-ID	**54050**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,54
Vertrauensbereich bundesweit	97,40 - 97,67
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,98 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	60
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54033**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 0,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	9,60

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Ergebnis-ID	**54029**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,96
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,88 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54042**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 1,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	6,95

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,46 (95. Perzentil)

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

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

Ergebnis-ID	**54046**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 1,85

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

74. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	**54001**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,65
Vertrauensbereich bundesweit	97,57 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,58 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	83
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	**54002**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,06
Vertrauensbereich bundesweit	91,65 - 92,45
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

76. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	**54003**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	8,82
Vertrauensbereich bundesweit	8,60 - 9,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	**54004**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,09
Vertrauensbereich bundesweit	97,01 - 97,17
Rechnerisches Ergebnis	98,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,78 - 99,51

Fallzahl

Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	111

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**54015**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,91 - 2,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	7,81

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54016**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,39 - 1,50

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,67 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54017**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,48
Vertrauensbereich bundesweit	7,08 - 7,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 19,43 % (95. Perzentil)

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

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

Ergebnis-ID	**54018**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,69
Vertrauensbereich bundesweit	4,53 - 4,86
Rechnerisches Ergebnis	6,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,46 - 15,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

82. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54019**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,31
Vertrauensbereich bundesweit	2,24 - 2,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,59 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

83. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	**54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche

Fachlicher Hinweis IQTIG	Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	3,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 6,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehllage, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**191800_54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	3,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,62 - 10,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

85. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**191801_54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,94

Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	4,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,73 - 11,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

86. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54012**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 1,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,56 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	**54013**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Ergebnis-ID	**191914**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,96 - 3,37

Fallzahl

Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	4,33

89. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den

weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID	**51906**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,09

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	188
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,80

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	**12874**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine

	Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen

	zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,39
Vertrauensbereich bundesweit	6,97 - 7,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**172000_10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,08

Vertrauensbereich bundesweit	9,83 - 12,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	**172001_10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	13,17
Vertrauensbereich bundesweit	12,08 - 14,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel
Einheit	%
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,81
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**60686**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,88
Vertrauensbereich bundesweit	18,16 - 19,62
Rechnerisches Ergebnis	15,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,86 - 31,75

Fallzahl

Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 43,52 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**612**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage

	über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	89,00
Vertrauensbereich bundesweit	88,68 - 89,31
Rechnerisches Ergebnis	86,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,28 - 93,19

Fallzahl

Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	44

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 75,40 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

97. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	**52283**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,30
Vertrauensbereich bundesweit	3,19 - 3,42
Rechnerisches Ergebnis	4,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,75 - 9,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.

Ergebnis-ID	**56000**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	61,88
Vertrauensbereich bundesweit	61,68 - 62,08
Rechnerisches Ergebnis	62,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	57,24 - 67,48

Fallzahl

Grundgesamtheit	341
Beobachtete Ereignisse	213

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

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

99. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Ergebnis-ID	**56001**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	29,94
Vertrauensbereich bundesweit	29,74 - 30,15
Rechnerisches Ergebnis	35,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	30,54 - 40,80

Fallzahl

Grundgesamtheit	332
Beobachtete Ereignisse	118

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 44,87 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**56003**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen ver-gleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpas-sungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	74,55
Vertrauensbereich bundesweit	74,09 - 75,01
Rechnerisches Ergebnis	96,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,33 - 98,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	117

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 63,22 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**56004**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen ver-gleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpas-sungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,21
Vertrauensbereich bundesweit	3,03 - 3,40
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 8,78 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56005**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 0,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	867
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	111,42

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56006**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 4,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56007**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,90 - 1,19

Fallzahl

Grundgesamtheit	1019
Beobachtete Ereignisse	193
Erwartete Ereignisse	186,36

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	**56008**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,24
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	1892
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	**56009**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit

Fachlicher Hinweis IQTIG	einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,76
Vertrauensbereich bundesweit	4,70 - 4,82
Rechnerisches Ergebnis	1,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,93 - 2,62

Fallzahl

Grundgesamtheit	867
Beobachtete Ereignisse	14

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,60 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	**56010**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des

	festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	18,19
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 18,68
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 33,04

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108. Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

Ergebnis-ID	**56011**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link

	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,14
Vertrauensbereich bundesweit	11,03 - 11,26
Rechnerisches Ergebnis	3,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,78 - 5,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	1019
Beobachtete Ereignisse	39

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt	
Ergebnis-ID	**56014**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,25
Vertrauensbereich bundesweit	93,00 - 93,49
Rechnerisches Ergebnis	93,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,36 - 96,70

Fallzahl	
Grundgesamtheit	137
Beobachtete Ereignisse	128
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

Ergebnis-ID	**56016**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,07
Vertrauensbereich bundesweit	94,99 - 95,16
Rechnerisches Ergebnis	95,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,85 - 96,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	888
Beobachtete Ereignisse	847
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

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

111. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**603**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,11
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,26
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,17 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	62

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

112. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**604**

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,68
Vertrauensbereich bundesweit	99,53 - 99,78
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,28 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	32

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

113. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID	**52240**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit

Fachlicher Hinweis IQTIG	einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,65
Vertrauensbereich bundesweit	4,52 - 12,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**11704**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels

	eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,67 - 3,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	4,15

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,67 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**11724**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in

Fachlicher Hinweis IQTIG	verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	2,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,94 - 4,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	2,95

116. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID	**605**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,14 - 1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

117. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	**606**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,66
Vertrauensbereich bundesweit	1,12 - 2,46
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

118. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	**51859**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,75 - 3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

119. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51437**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit

	Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,38
Vertrauensbereich bundesweit	96,74 - 97,90
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

120. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51443**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,27
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

121. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51873**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,11

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,89

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,51

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

122. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51865**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,39

123. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID	**51445**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,99
Vertrauensbereich bundesweit	1,51 - 2,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

124. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51448**

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,93
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 4,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

125. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51860**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,81
Vertrauensbereich bundesweit	3,99 - 5,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

126. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	**161800**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,70
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 4,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

127. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID	**330**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel
Einheit	%
Bundesergebnis	96,53
Vertrauensbereich bundesweit	96,07 - 96,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

128. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID	**50045**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,97
Rechnerisches Ergebnis	97,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,26 - 99,11

Fallzahl

Grundgesamtheit	242
Beobachtete Ereignisse	237

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

129. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**52249**

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,92 - 1,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	846
Beobachtete Ereignisse	241
Erwartete Ereignisse	234,83

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,24 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

130. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182000_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,54
Vertrauensbereich bundesweit	18,37 - 18,71
Rechnerisches Ergebnis	22,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	17,85 - 28,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	218
Beobachtete Ereignisse	50

131. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182001_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der

	Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	45,71
Vertrauensbereich bundesweit	45,40 - 46,02
Rechnerisches Ergebnis	47,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	38,69 - 56,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	53

132. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182002_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,69
Vertrauensbereich bundesweit	3,61 - 3,78
Rechnerisches Ergebnis	2,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,03 - 4,82

Fallzahl

Grundgesamtheit	267

Beobachtete Ereignisse	6

133. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182003_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	20,97
Vertrauensbereich bundesweit	20,66 - 21,28
Rechnerisches Ergebnis	16,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,01 - 26,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	13

134. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182004_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit

Fachlicher Hinweis IQTIG	einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	70,68
Vertrauensbereich bundesweit	70,41 - 70,95
Rechnerisches Ergebnis	67,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	59,04 - 74,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	89

135. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182005_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,67
Vertrauensbereich bundesweit	92,30 - 93,01
Rechnerisches Ergebnis	100,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	74,12 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11

136. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182006_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	86,54
Vertrauensbereich bundesweit	85,92 - 87,13
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

137. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	**182007_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	75,10
Vertrauensbereich bundesweit	74,58 - 75,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

138. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182008_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,87 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

139. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182009_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	43,84
Vertrauensbereich bundesweit	43,35 - 44,34
Rechnerisches Ergebnis	25,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,18 - 49,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	4

140. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	**1058**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,14 - 0,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

141. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**321**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit

Fachlicher Hinweis IQTIG	einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,21 - 0,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

142. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**51397**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-

	grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 3,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

143. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**51831**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,03

Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 59,11

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,94 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

144. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	**318**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine

	Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,17
Vertrauensbereich bundesweit	96,95 - 97,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

145. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß) 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen

	keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß) 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,69 - 2,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	831
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	5,87
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

146. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	**181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung

	von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	608
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,75

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,96 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

147. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181801_181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,73 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,47

Fallzahl

Grundgesamtheit	539
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,45

148. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181802_181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,30

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

Ergebnis-ID	**52009**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,47 - 0,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	16368
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	44,92

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,28 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**52326**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,33 - 0,34
Rechnerisches Ergebnis	0,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 0,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	16368
Beobachtete Ereignisse	24

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

Ergebnis-ID	**521801**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu

	Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 0,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	16368
Beobachtete Ereignisse	4

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

Ergebnis-ID	**521800**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien ?Kei ner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt? und ? vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt?. Eine vermu tete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

153. 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 oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	**52010**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	16368
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

☑ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

trifft nicht zu

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Patientenbefragung	
Leistungsbereich	Das Klinikum GT ist Mitglied im Clinotel Verbund. CLINOTEL ist ein Verbund, in dem sich leistungsstarke und innovative KH gemeinsam Ziele stecken:»Von den Besten lernen. Zu den Besten gehören.«
Ergebnis	ohne Auffälligkeit
Messzeitraum	01.01.2021-31.12.2021
Datenerhebung	Clinotel Verbund
Rechenregeln	https://www.clinotel.de/leistungen-fuer-krankenhaeuser/qualitaet/patientenbefragung.html
Referenzbereiche	https://www.clinotel.de/leistungen-fuer-krankenhaeuser/qualitaet/patientenbefragung.html
Vergleichswerte	https://www.clinotel.de/leistungen-fuer-krankenhaeuser/qualitaet/patientenbefragung.html
Quellenangabe	https://www.clinotel.de/leistungen-fuer-krankenhaeuser/qualitaet/patientenbefragung.html
Clinotel führt QSverfahren wie QSR, Audits, Peer Reviews usw. durch. Die QS setzt Maßstäbe im Interesse bester Medizin und Patientensicherheit deutlich über die gesetzl. Anforderungen hinaus.	
Leistungsbereich	Das Klinikum GT ist Mitglied im Clinotel Verbund. CLINOTEL ist ein Verbund, in dem sich leistungsstarke und innovative KH gemeinsam Ziele stecken:»Von den Besten lernen. Zu den Besten gehören.«
Ergebnis	ohne Auffälligkeit
Messzeitraum	01.01.2021-31.12.2021
Datenerhebung	Clinotel Verbund
Rechenregeln	https://www.clinotel.de/nutzen-fuer-patienten.html#qualitaetsergebnisse
Referenzbereiche	https://www.clinotel.de/nutzen-fuer-patienten.html#qualitaetsergebnisse
Vergleichswerte	https://www.clinotel.de/nutzen-fuer-patienten.html#qualitaetsergebnisse

Quellenangabe	https://www.clinotel-qualitaetsergebnisse.de/
Kennzahlenbogen Darmkrebszentrum OnkoZert DKG	
Leistungsbereich	Darmkrebszentrum
Ergebnis	ohne Auffälligkeit
Messzeitraum	01.01.2021-31.12.2021
Datenerhebung	Es werden die Daten aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Rechenregeln	Es werden die Rechenregeln aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Referenzbereiche	Es werden die Referenzbereiche aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Vergleichswerte	Jährlichen Benchmarkbericht aus ONDIS und DKG/OnkoZert
Quellenangabe	Erhebungsbogen / Kennzahlenbogen für Darmkrebszentren nach den Anforderungen der DKG / OnkoZert (www.onkozert.de).
Kennzahlenbogen Prostatakarzinomzentrum OnkoZert DKG	
Leistungsbereich	Prostatakarzinomzentrum
Ergebnis	ohne Auffälligkeit
Messzeitraum	01.01.2021-31.12.2021
Datenerhebung	Kennzahlenbogen Prostatakarzinomzentrum OnkoZert DKG
Rechenregeln	Es werden die Rechenregeln aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Referenzbereiche	Es werden die Referenzbereiche aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Vergleichswerte	Jährlichen Benchmarkbericht aus ONDIS und DKG/OnkoZert
Quellenangabe	Erhebungsbogen / Kennzahlenbogen für Prostatakarzinomzentren ach den Anforderungen der DKG / OnkoZert (www.onkozert.de).
Kennzahlenbogen Gynäkologisches Krebszentrum OnkoZert DKG	
Leistungsbereich	Gynäkologisches Krebszentrum
Ergebnis	ohne Auffälligkeit
Messzeitraum	01.01.2021-31.12.2021
Datenerhebung	Kennzahlenbogen Gynäkologisches Krebszentrum OnkoZert DKG
Rechenregeln	Es werden die Rechenregeln aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Referenzbereiche	Es werden die Referenzbereiche aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Vergleichswerte	Jährlichen Benchmarkbericht aus ONDIS und DKG/OnkoZert
Quellenangabe	Erhebungsbogen / Kennzahlenbogen für Gynäkologisches Krebszentren ach den Anforderungen der DKG / OnkoZert (www.onkozert.de).
Kennzahlenbogen Onkologisches Zentrum OnkoZert DKG	
Leistungsbereich	Onkologisches Zentrum

Ergebnis	ohne Auffälligkeit
Messzeitraum	01.01.2021-31.12.2021
Datenerhebung	Kennzahlenbogen Onkologisches Zentrum siehe Schwerpunkte OnkoZert DKG
Rechenregeln	Es werden die Rechenregeln aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Referenzbereiche	Es werden die Referenzbereiche aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Vergleichswerte	Jährlichen Benchmarkbericht aus ONDIS und DKG/OnkoZert
Quellenangabe	Erhebungsbogen / Kennzahlenbogen für Onkologisches Zentrum siehe Schwerpunkte ach den Anforderungen der DKG / OnkoZert (www.onkozert.de).

Magen, HCC (Hepatozelluläres Karzinom / Leberzellkarzinom), Sonstige Gastrointestinale Tumore der Gallenwege, neuroendokrine Tumore, Dünndarmtumore	
Leistungsbereich	Onkologisches Zentrum
Ergebnis	ohne Auffälligkeit
Messzeitraum	01.01.2021-31.12.2021
Datenerhebung	Kennzahlenbogen Onkologisches Zentrum OnkoZert DKG
Rechenregeln	Es werden die Rechenregeln aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Referenzbereiche	Es werden die Referenzbereiche aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Vergleichswerte	Jährlichen Benchmarkbericht aus ONDIS und DKG/OnkoZert
Quellenangabe	Erhebungsbogen / Kennzahlenbogen für Onkologisches Zentrum nach den Anforderungen der DKG / OnkoZert (www.onkozert.de).

Lymphome, Leukämien	
Leistungsbereich	Onkologisches Zentrum
Ergebnis	ohne Auffälligkeit
Messzeitraum	01.01.2021-31.12.2021
Datenerhebung	Kennzahlenbogen Onkologisches Zentrum OnkoZert DKG
Rechenregeln	Es werden die Rechenregeln aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Referenzbereiche	Es werden die Referenzbereiche aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Vergleichswerte	Jährlichen Benchmarkbericht aus ONDIS und DKG/OnkoZert
Quellenangabe	Erhebungsbogen / Kennzahlenbogen für Onkologisches Zentrum nach den Anforderungen der DKG / OnkoZert (www.onkozert.de).

Tumore im Bereich Hoden, Penis, Harnblase	
Leistungsbereich	Onkologisches Zentrum
Ergebnis	ohne Auffälligkeit
Messzeitraum	01.01.2020-31.12.2020
Datenerhebung	Kennzahlenbogen Onkologisches Zentrum OnkoZert DKG

Rechenregeln	Es werden die Rechenregeln aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Referenzbereiche	Es werden die Referenzbereiche aus dem Anforderungskatalog sowie aus ONDIS genutzt.
Vergleichswerte	Jährlichen Benchmarkbericht aus ONDIS und DKG/OnkoZert
Quellenangabe	Erhebungsbogen / Kennzahlenbogen für Onkologisches Zentrum siehe nach den Anforderungen der DKG / OnkoZert (www.onkozert.de).

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	51
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Erbrachte Menge	1
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Erbrachte Menge	25

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	51
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	62

Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	1
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0
Ausnahmetatbestand	Ja
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	25
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	18
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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

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

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

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

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	83
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	73
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	73

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - 20 - Tagschicht	100 %
2	Intensivmedizin - 20 - Nachtschicht	100 %
3	Intensivmedizin - 21 - Tagschicht	100 %
4	Intensivmedizin - 21 - Nachtschicht	100 %
5	Kardiologie - 15 - Tagschicht	100 %
6	Kardiologie - 15 - Nachtschicht	100 %
7	Kardiologie - 19 - Tagschicht	100 %
8	Kardiologie - 19 - Nachtschicht	100 %
9	Kardiologie - BS 02 - Tagschicht	100 %
10	Kardiologie - BS 02 - Nachtschicht	100 %
11	Kardiologie - 18 - Tagschicht	100 %
12	Kardiologie - 18 - Nachtschicht	100 %
13	Kardiologie - BS 01 - Tagschicht	100 %
14	Kardiologie - BS 01 - Nachtschicht	100 %
15	Kardiologie - 17 - Tagschicht	100 %
16	Kardiologie - 17 - Nachtschicht	100 %
17	Kardiologie - 14 - Tagschicht	100 %
18	Kardiologie - 14 - Nachtschicht	100 %
19	Unfallchirurgie - 6 - Tagschicht	100 %
20	Unfallchirurgie - 6 - Nachtschicht	100 %
21	Unfallchirurgie - BS 03 - Tagschicht	100 %
22	Unfallchirurgie - BS 03 - Nachtschicht	100 %
23	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 7 - Tagschicht	100 %
24	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 7 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - 20 - Tagschicht	86,03 %
2	Intensivmedizin - 20 - Nachtschicht	92,05 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
3	Intensivmedizin - 21 - Tagschicht	96,16 %
4	Intensivmedizin - 21 - Nachtschicht	94,79 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - 15 - Tagschicht	98,2 %
6	Innere Medizin, Kardiologie - 15 - Nachtschicht	97,01 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - 19 - Tagschicht	85,63 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - 19 - Nachtschicht	92,22 %
9	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - BS 02 - Tagschicht	73,35 %
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - BS 02 - Nachtschicht	94,61 %
11	Innere Medizin, Kardiologie - 18 - Tagschicht	97,06 %
12	Innere Medizin, Kardiologie - 18 - Nachtschicht	98,32 %
13	Allgemeine Chirurgie - BS 01 - Tagschicht	98,5 %
14	Allgemeine Chirurgie - BS 01 - Nachtschicht	97,9 %
15	Innere Medizin, Kardiologie - 14 - Tagschicht	92,56 %
16	Innere Medizin, Kardiologie - 14 - Nachtschicht	97,08 %
17	Innere Medizin, Kardiologie - 17 - Tagschicht	92,81 %
18	Innere Medizin, Kardiologie - 17 - Nachtschicht	96,11 %
19	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - 6 - Tagschicht	95,98 %
20	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - 6 - Nachtschicht	93,59 %
21	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - BS 03 - Tagschicht	89,22 %
22	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - BS 03 - Nachtschicht	97,6 %
23	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 7 - Tagschicht	96,71 %
24	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 7 - Nachtschicht	91,92 %